ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета и общего ухода за больными

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Б. С. Е., 59год

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Мезенхимомы забрюшинного пространства, рецидив

Основное заболевание: Мезенхимомы забрюшинного пространства Сопутствующие осложнения: ИБС, стенокардией напряжения, гипертонической болезнью, мочекаменной болезнью

2010 г.

1. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Б. С. Е.

Пол - мужской.

Возраст - 59 год.

Профессия - геолог.

Место работы - на пенсии.

Адрес: г. \_\_\_\_ул. \_\_\_\_\_\_\_ д. 1а кв. 2

Дата поступления 29 марта 2010 года

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы на момент курации умеренные боли в месте операции

Жалобы при поступление: на интенсивные, схваткообразные боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту не приносящую облегчения, задержку стула. Общую слабость, недомогание.

3. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В 2007г выявлена мезенхимомы забрюшинного пространства, в этом же году произведена операция по её удалению. В марте 2009г. прошел пять курсов химиотерапии в онкологическом диспансере. В начале 2010г. периодически появлялись боли в животе, к врачу не обращался. С 23 марта отмечает отсутствие ступа, не отхождение газов. За 2 суток до настоящей госпитализации появились умеренной интенсивности постоянные боли в животе без чёткой локализации, тошнота, однократная рвота. В виду того, что боли сохранялись, отсутствовал стул, обратился за помощью в хирургическое отделение. При поступление в стационар общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное, положение вынужденное, температура 36.7°С. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, незначительно бледные. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненная. Дыхание жестковатое, проводится во все отделы. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в 1 минуту. ритмичный, удовлетворительных свойств. Язык влажный. Живот умеренно вздут, в области послеоперационного рубца имеется выпячивание. Перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки, при пальпации умеренно напряжен, болезненный во всех отделах живот. Пальпируется плотное, слабо болезненное образование, занимающее всю брюшную полость. Печеночная тупость сохранена. Кишечная перистальтика сохранена. Шум плеска не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Per rectum: тонус сфинктера сохранен, слизистая гладкая, на высоте тельца патологии не выявлено, на перчатке кала нет. 1/IV 2010г. был прооперирован выделена опухоль доброкачественного характера, 4/IV 2010г. переведен из реанимационного отделения в общую палату.

4. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родился 13 сентября 1948г. в г. \_\_\_\_\_\_, вторым по счету ребенком, развитие было нормальным. Учится начал с 7 лет, учился удовлетворительно, после школы закончил техникум, затем работал геологом, в 2005г. вышел на пенсию. Родителей нет в живых. Условия жизни считает удовлетворительными, из профессиональных вредностей можно отметить химические реагенты (метанол), радиоактивные вещества (гамма карандаш, геологические находки); питание было не регулярным, не сбалансированным; работать приходилось в тяжелых метеорологических условиях, рабочий день не был нормированным; гигиенические нормы не соблюдались должным образом. Вредные привычки: умеренное употребление алкоголя, курит по полпачки сигарет в день, наркотики не употреблял; не злоупотребляет чаем, кофе. Наследственные заболевания туберкулез, сифилис, малярия, вирусный гепатит, ВИЧ, тиф отрицает. Из перенесенных заболеваний в детстве: ангина, ОРВИ. Переломы ключиц, левой стопы, левой голени. В 1997г оперирован по поводу наружного толстокишечного свища, затем перенес аппендэктомию. В 2007г перенёс операцию по поводу острой кишечной непроходимости из-за мезенхимомы забрюшинного пространства. В этом же году на УЗИ обнаружили песок в почках. В 2001г. перенес инфаркт, в 2009г. произведено стентирование сосудов сердца, после чего дана 2 группа инвалидности. Гемотрансфузии не производились. Аллергическая реакция на пыльцу (насморк и слезятся глаза), других аллергенов не выявлено. Страдает: ИБС, стенокардией напряжения (перенес острый инфаркт миокарда), гипертонической болезнью, мочекаменной болезнью.

5. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (Status praesens)

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Ограничен в передвижение из-за проведенной операции. Телосложение правильное. Тин конституции – гиперстеник. Питание удовлетворительное. Выражение лица; осмысленное. Поведение обычное. Рост 162см., вес 70кг., температура тела – 36,7°С. Влажность кожи умеренная, тургор тканей незначительно снижен. Кожных покровов, розовой каймы губ и видимых слизистых оболочек ротовой полости чистые, умеренно бледные. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы – шейные, над- и подключичные, паховые не пальпируются с обеих сторон. Подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы округлой формы, мягкой консистенции, диаметром 0,5см., безболезненные, подвижные. Мышцы развиты хорошо, равномерно с обеих сторон, тонус сохранен, при пальпации безболезненные. Суставы и кости недеформированные. При осмотре живота можно увидеть послеоперационный рубец в правой подвздошной области гипертрофированный линейный.

Система органов дыхания.

Жалоб нет Осмотр: Форма носа не изменена Дыхание через нос свободное, глубокое, ритмичное. Нормостеническая форма грудной клетки, участвует в акте дыхания. Частота дыхания - 17 движений в одну минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии: нижняя граница легких по средней подмышечной линии справа и слева на уровне 8 ребра. При аускультации по передней задней и боковой поверхности грудной клетки над симметричными участками выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы; хрипов и крепитации не выявлено.

Система органов кровообращения.

Жалоб нет. Осмотр: пульсация и набухание шейных вен не наблюдается. Пульс лучевых артерий: с частотой 90 ударов в мин, ритмичный; удовлетворительного наполнения, напряжение и эластичность артериальной стенки. Артериальное давление-140/90 мм. рт. ст. Варикозного расширения вен конечностей нет. Пальпация: сердечный толчок не определяется. Аускультация: громкость тонов сердца ясные. Сердечные шумы мягкие, дующие, ритмичные. Перкуссия: границы сердца - определение относительной сердечной тупости: Правая на 1см. кнаружи от правого края грудины в 4 межреберьи и левая – в 5 межреберье на 1см. кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край 3 ребра по линии, проходящей на 1см. кнаружи от левого края грудины. Поперечник сосудистой тупости во 2-м межреберье - 5см.

Система органов пищеварения.

Жалоб нет. Осмотр ротовой полости: язык влажный (налетов, трещин, атрофии сосочков нет), зубы, десны, миндалины без изменений. Глотание свободное. Осмотр живота: форма симметричная, участвует в акте дыхания, подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена, послеоперационный рубец в правой подвздошной области. Перкуторно тимпанит над всей поверхностью живота. При пальпации живот мягкий умеренно болезненный в прооперированной области. При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического гладкого цилиндра диаметром 2,5см. подвижная, безболезненная, урчания нет. Слепая кишка пальпируется в правовой подвздошной области в виде эластического гладкого цилиндра диаметром 3см безболезненная, подвижная урчания нет. Аускультация живота: определяется обычный характер перистальтических шумов с 3-4 в минуту. Размеры печени определяются по Курлову: правой среднеключичной линии – 9см., по срединной линии – 8см., по левой реберной дуге – 7см. Характер стула: ежедневный плотный консистенции желто-коричневого цвета без примеси крови и гноя.

Мочевыделительная система.

Жалоб нет. Мочеиспускания не затрудненно. Примерный суточный диурез 1,5 литра (дневной преобладает). Поясничная область безболезненная, припухлости, гиперемии нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Нейроэндокринная система.

Жалоб нет Сознание ясное, память хорошая, сон не прерывистый, настроение спокойное. Обоняние, осязание, слух, зрачковые рефлексы, не нарушены. Потоотделение после сна, дрожание конечностей отсутствует. Состояние волосяного покрова, пигментации кожи и общее развитие удовлетворительное. Рост и величина отдельных частей тела пропорциональны, количество потребляемой жидкости умеренное. При пальпация щитовидная железа: нормальных размеров, безболезненная при пальпации и глотании. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные.

6. МЕСТНЫЙ СТАТУС (Status localis)

1/IV 2010г. была проведена операция: Люмболапаротомия по удалению опухоли забрюшинного пространства. Походу белой линии живота слева имеется послеоперационный шов, размером 15см. Края ровные слегка гиперемированные, мягкие. Отделяемое через дренаж серозно-кровянистые, количеством до 400 мл. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Варикозное расширение вен, отеки не наблюдается.

7. РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (Per rectum)

Прианальная кожа бледно-розовая без патологических изменений. Ампула прямой кишки свободная. Тонус сфинктера сохранен, слизистая гладкая, на высоте пальца патология не выявлена, на перчатке желто-коричневого цвета кал.

8. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Из анамнеза: больной в 2007г перенёс операцию по поводу острой кишечной непроходимости из-за мезенхимомы забрюшинного пространства. При поступление были выявлены признаки острой кишечной не проходимости (живот умеренно вздут, в области послеоперационного рубца имеется выпячивание. Перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки, при пальпации умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Пальпируется плотное, слабо болезненное образование, занимающее всю брюшную полость. Per rectum: на перчатке кала нет.). На основании чего можно поставить диагноз Острая кишечная непроходимость, вследствие, рецидив мезенхимомы забрюшинного пространства.

9. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

* Общий анализ крови
* Биохимия крови
* Общий анализ мочи
* ЭКГ
* Рентгенограмма брюшной полости, рентгеноконтрастное (динамическое) исследование пассажа бария
* Компьютерная томография брюшной полости
* Колоноскопия
* УЗИ брюшной полости
* Консультация онколога.

10. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Биохимия крови (7.04.10)

Креатин72 мкмоль/л

Мочевина6,4 мкмоль/л

Общий белок59 г/л

Билирубин17,3 мкмоль/л

Прямой3,0 мкмоль/л

Непрямой14,3 мкмоль/л

АЛТ18 мкмоль/л

АСТ11 мкмоль/л

Калий4,2 ммоль/л

Натрий145 ммоль/л

Кальций2,56 ммоль/л

Хлор100 ммоль/л

Заключение: Отклонений от нормы нет.

Общий анализ крови (3.04.10)

Эритроциты3,5 Т/л

Гемоглобин90 г/л

ЦП0,85

Гематокрит30%

Тромбоциты345

Лейкоциты8,6 Г/л

Нейтрофилы:

Палочкоядерные1%

Сегментоядерные76%

Лимфоциты19%

Моноциты4%

СОЭ25 мм/ч

Заключение: По данным анализа у больного имеется анемия легкой степени тяжести, нормохромная, нейтрофильный лейкоцитоз - это можно объяснить пройденной 2 дня назад операцией.

Общий анализ мочи (3. 04.10)

Цветсветло желтый

Прозрачностьне мутная

Плотность1015

Реакциянейтральная

Белок0,165 г/л

Микроскопия осадка:

1. Эпителиальные клетки:

Плоские1 - 3 в п. / зр.

Полиморфные -

2. Лейкоциты2 - 4 в п. / зр.

3. Эритроцитыед.

4. Цилиндры:

Гиалиновые2 - 2 в п. / зр.

Зернистые -

5. Клетки почечного эпителия -

6. Соли -

7. Слизь -

8. Бактерии -

Заключение: Протеинурию можно связать с мочекаменной болезнью.

ЭКГ (3. 04.10)

Ритм синусовый 90 уд./мин. ЭОС не отклонена. Единичные желудочковые экстрасистолия. Фиброзно-склеротические изменения задней стенки.

УЗИ брюшной полости (29.03.10)

Заключение: Печень: выступает на 14 мм. Эхо структура неоднородна , эхогенность повышена. Сосудистый рисунок не деформирован. Очаговых изменений нет.

Желчный пузырь: размером 16 х 16мм. В области дна и тела стенки ровные не утолщенные. Диаметр холедох 6мм.

Поджелудочная железа: затруднительно визуализировать

Селезенка: размером 118 х 37мм. Структура однородная очаговых изменений нет. Смещена в верх. Всю брюшную полость занимает солидное образование, размером 10,5-15см., с шероховатыми, бугристыми контурами, неоднородной эхоструктуры.

Компьютерная томография брюшной полости (29.03.10).

Заключение: На снимке видно, что брюшную полость занимает правые отделы живота больших размеров гомогенное образование, с нечеткими границами.

11. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании имеющихся данных необходимо провести дифференциальную диагностику мезенхимомы забрюшинного пространства между опухолью правой почки, тромбоэмболией мезентериальных (брыжеечных) сосудов и перитонитом. Учитывая отсутствие дизурических расстройств, а также проявлений почечной недостаточности, можно исключить опухоль почки. Принципиально важно, что все острые хирургические заболевания органов брюшной полости, способны привести к развитию перитонита. Отсутствие выраженных проявления нарушения гемодинамики (снижение АД, тахикардия, одышка), фебрильной температуры, доскообразного, резко болезного живота с лицо Гиппократа, можно исключить перитонит. На УЗИ и КТ брюшной полости не выявлялись участки свободной жидкости, перфорация полого органа и формирующийся абсцесс, что так же исключает перитонит. Поскольку, не отмечалось постоянных, невыносимых болей в животе, резкого снижения перистатики кишечника и лихорадки, основываясь на данной симптоматике, исключается тромбоэмболией мезентериальных сосудов.

12. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов диагностики, дифференциального диагноза можно сформулировать заключительный клинический диагноз: Мезенхимома забрюшинного пространства, рецидив, ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, мочекаменная болезнь.

13. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

При поступление в стационар общее состояние больного было средней степени тяжести, в результате острой кишечной непроходимости об этом свидетельствует:

* Жалобы при поступление (интенсивные, схваткообразные боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту не приносящую облегчения, задержку стула, общую слабость, недомогание).
* Данные физикального обследования (Вздутие живота при пальпации умеренно напряжен, болезненный во всех отделах, перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки. Per rectum: на перчатке кала нет.)

Так же доказано, что острая кишечная непроходимость обусловлена опухолевым образованием:

* При физикальном обследовании (При осмотре в области послеоперационного рубца имелось выпячивание; пальпировалось плотное, слабо болезненное образование, занимающее всю брюшную полость).
* По данным лабораторных и инструментальных методов диагностики (на УЗИ и КТ брюшной полости видно, что органы брюшной полости оттеснены гомогенным образованием, с нечеткими границами)
* 1/IV 2010г Во время операции была выделена опухоль доброкачественного характера.

Поскольку в 2007г перенёс похожую операцию, то это говорит о рецидиве основного заболевания.

14. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Опухоли бывают доброкачественными и злокачественными. Первые возникают в основном в результате деления однотипных клеток, которые по морфологии существенно не отличаются от нормальных клеток, хотя и наблюдается тенденция к повышенному росту. У [доброкачественной опухоли](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=seMzeXp8fXww294pTf5*rB0BbI7XVX9dcdiZz0JjJp58ydtFr1LcV9HQTfJ6FIkXbelZkix45W2n79E6ZWYPMU*Ii5nXt6SKKeBI*z-BH9QvKrSq*rsOEwv1IXMQFoHCTk*2VSTiWxb3utjPB9G0Va*R5OcWmMyyrrq0Oes1MxVPKgSxpPpMWb4lgHFVUj2pk2KzFAE2dBKr2MB9sIqap3mgjEqQpjyEcltdDvCeOTuIme2PfwPaKB8hg5snEcRl7jhe1oZV0gUnVWXtJqe1HG8TqxfN6mic-iQvU0L9W7r1YuAUfhPIb57z*v4BOshUXqaEFQ) отсутствует способность к инвазии и метастазированию. Она может сохранять эти характеристики на протяжении всей жизни человека, но в отдельных случаях перерождается в рак. Таким образом, доброкачественные опухоли могут являться начальным этапом развития рака и саркомы, то есть предраком. Они способны длительное время сохранять характеристики доброкачественного тканевого разрастания, но всегда существует угроза их дальнейшей трансформации и перерождения в рак. Такая трансформация, или малигнизация, объясняется учеными тем, что происходит повторное изменение в генетическом аппарате опухолевых клеток. А поскольку эти клетки склонны к мутациям гораздо больше, чем нормальные, то возникают новые клоны клеток с характеристиками, присущими раку. Это резкий клеточный полиморфизм, атипия, способность прорастать и прилежащие ткани и органы, разрушая их и тем самым создавая в них метастатические очаги рака.

В большинстве случаев этиологический фактор развития опухо­лей у людей выявить не удается. Однако с помощью статистических и экспериментальных исследований доказана роль наследственности, физических факторов, химических канцерогенных веществ, вирусов, а также различных факторов риска в возникновении новообразований.

У человека до 10% опухолей можно связать с наследственным фактором. Так, по доминантному типу передаются такие редко встреча­ющиеся в популяции опухоли, как семейная ретинобластома, семей­ный аденополипоз толстой кишки, нейрофиброматоз и некоторые другие. По рецессивному типу передаются такие редко встречающие­ся в популяции опухоли, как рак молочной железы, толстой кишки и др. По типу наследственной предрасположенности передаются имму-нодефициты, пигментная склеродермия, синдром Дауна, синдром Клайнфельтера и др.

Канцерогены - различные по происхождению агенты, которые:

* вызывают опухоли, не развивающиеся спонтанно;
* повышают частоту спонтанных опухолей;
* увеличивают множественность спонтанных опухолей или существенно сокращают латентный период их появления.

Считают, что до 90% случаев возникновения опухолей обусловлено индуцирующим действием физических, химических и биологических канцерогенных факторов природного и техногенного происхождения.

Физические канцерогены вызывают развитие опухолей у человек а примерно в 10% случаев (если взять за 100% их возникновение при действии всех канцерогенов). К ним относят избыточную солнечную радиацию, ультрафиолетовые лучи и главным образом различные ионизи­рующие излучения: рентгеновские, нейтронные, а-, β- и γ-лучи, протоны, естественные и искусственные радионуклиды, в том числе технологические и лекарственные изотопы и препараты.

Избыточные солнечная радиация и главным образом ультрафиолетовые лучи могут проникать в клеточно-тканевые структуры эпидермиса, ока­зывать на них мутагенное действие и в конечном итоге приводить к раз­витию в них опухолей (главным образом меланом, сарком, рака).

Ионизирующая радиация обладает мощным проникающим и мутагенным действием. Существует избирательная чувствительность клеток к радиации. Наиболее чувствительной тканью считают кроветворную: через несколько лет после общего облучения резко увеличивается час­тота лейкозов. Очень чувствительны к воздействию радиации щито­видная железа и молочные железы. Большое значение имеет возраст, в котором произошло воз­действие радиации: максимальную частоту развития опухолей молочной железы отмечают после радиационного поражения, полученного в возрасте 10-20 лет. При облучении в более молодом или старшем возрасте риск развития этих опухолей уменьшается.

Химические канцерогены вызывают у человека развитие опухолей примерно в 80% случаев всех новообразований. У человека бесспорно доказано - менее 100 веществ.

Химические канцерогены классифицируют следующим образом.

По происхождению - экзогенные и эндогенные.

К экзогенным канцерогенам промышленного, производственного, лекарственного, бытового, пищевого и другие.

По убывающей способности вызывать злокачественные опухоли разнообразные экзогенные факторы можно расположить в следующем порядке:

1. пищевые факторы;
2. табак;
3. профессиональные вредности;
4. инфекционные факторы;
5. загрязнение окружающей среды;
6. алкоголь;
7. диагностические средства и др.

Так, при длительном употреблении в пищу продуктов, богатых углеводами, жирами, поваренной солью, копченостей, маринадов на фоне недостатка белков, свежих овощей и фруктов резко повышается риск заболевания раком желудка, поджелудочной железы, толстой, особенно прямой, кишки и простаты.

У курильщиков смертность от рака легких - в 11 раз, а от рака глотки, гортани и пищевода - в 7 раз выше, чем у некурящих. Курение также повышает риск развития опухолей печени, поджелудочной железы, мочевого пузыря и других органов.

К эндогенным канцерогенам относят холестерин и его производные (стероидные гормоны, особенно эстрогены, и желчные кислоты), про­изводные тирозина, триптофана и других аминокислот, свободные радикалы, перекиси и др. Роль желчных кислот как эндогенных канцерогенов можно доказать высокой частотой рака толстой кишки у людей, в чей рацион входит большое количество жиров (жиры стимулируют образование и выделение желчи, а желчные кислоты способствуют повреждению слизистой оболочки толстой кишки и развитиию опухолей).

По химической природе канцерогены делят на органические и неорганические; по эффекту - на канцерогены местного, резорбтивпогв и смешанного действия; по исходной канцерогенной активности - на непрямые канцерогены и прямые канцерогены; по механизму действия - на генотоксические (повреждающие геном клетки) и эпигенетические (не влияющие на геном клетки).

Биологические канцерогены (главным образом вирусы) вызывают у человека примерно 10% всех онкологических заболеваний. Основную роль играют онковирусы (от греч. oncos - опухоль, лат. virus - яд). Их размеры колеблются от 40 до 220 нм. Они содержат ДНК или РНК, покрыты белковой оболочкой (капсидом). Онковирусы после взаимодействия с рецепторами мембран теряют капсиды и внедряются п клетку в виде нуклеотида. Здесь они размножаются путем репликации и нуклеиновой кислоты, затем происходит синтез капсида и самосборки в вирион. В настоящее время известно свыше 150 онковирусов.

К ДНК-содержащим онковирусам относят вирусы группы Papovaviridae (вирусы папилломы, полиомы и вакуолизирующий вирус), вирусы гепатитов, аденовирусы, герпесвирусы и др.

К РНК-содержащим онковирусам, именуемым онкорнавирусами (от англ. RNA - ribonucleinic acid), или ретровирусами (от лат. retro - обратно), относят вирус Т-клеточного лейкоза (HTLY-1). Этот вирус, как и ВИЧ, поражает СD+-лимфоциты, передается половым путем и при переливании крови. Опухоль развивается через 20-30 лет только у 1% инфицированных. Инфицированные вирусом клетки усиленно синтезируют ИЛ-2 и рецепторы к нему, а также колоние-стимулирующий фактор гранулоцитов и макрофагов (КСФ-ГМ).

Вероятность возникновения опухоли у того или иного человека, кроме наследственности и канцерогенных факторов, в значительной степени зависит от условий его проживания. Среди многочисленных факторов риска наибольшее значение имеют вредные привычки, нарушения питания и неблагоприятные психоэмоциональные воздействия.

Вредные привычки (различные токсикомании и наркомании). Среди них особое место занимает курение табака. До 90% случаев рака легкого возникает именно у злостно курящих лиц, особенно у мужчин. Показано, что смертность от рака легких прямо пропор­циональна количеству выкуриваемых в день сигарет. У интенсивно курящих лиц риск заболевания раком легкого возрастает в 30 раз по сравнению с некурящими. Злоупотребление курением табака существенно повышает риск возникновения и других форм опухо­лей, а также увеличивает смертность от онкологических заболева­ний (до 5%).

Чрезмерное по объему и длительности употребление алкоголя также значительно увеличивает частоту возникновения рака (особенно органов пищеварительной системы) и смертность от него.

Наиболее частое и быстро возникающее и прогрессирующее развитие опухолей отмечают при сочетании курения табака с алкоголизмом, особенно на фоне других видов как токсикомании, так и различных видов наркоманий.

Нарушение питания. Однообразное, несбалансированное, избыточное по калорийности, богатое животными жирами и специями питание, а также питание, бедное грубыми растительными волокнами, особенно овощами и фруктами, и различными витаминами (С, Е, А и β-каротином), - важный фактор риска возникновения и развития опухолей. Так, при длительном употреблении в пищу копченостей и специй повышается риск заболевания раком желудка и поджелудочной железы. Рак толстой и прямой кишки чаще возникает у лиц, пища которых богата животными жирами, но содержит мало грубо волокнистых компонентов.

Количество различных, особенно злокачественных, опухолей можно как минимум на треть снизить, используя рациональное, разнообраз­ное, многоразовое и адекватное потребностям организма питание.

Неблагоприятные условия также могут играть определенную провоцирующую роль в ускорении и усилении мутагенного действия различных канцерогенов.

Особую роль играют интенсивные, повторно, длительно или постоянно действующие механические травмы мягких тканей и/или костей (способствующие развитию в них сарком), термические или химически! ожоги кожи и слизистых оболочек (способствующие развитию и них рака) и другие повреждающие воздействия, сопровождающиеся развитием хронических деструктивно-воспалительных, в частности язвенных) процессов в разных тканях (особенно в коже и слизистых оболочках),

Путем предупреждения и ослабления действия этих неблагоприятных условий можно уменьшить и/или задержать развитие разных опухолей.

15. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Режим палатный
2. Голод
3. Rp. Sol. Glucosae5 % - 400 ml

*Sol. Insulini4 ЕД*

Sol. Magnesii sulfatis25%-10 ml

Sol. Kalii chloride4%-10 ml.

*D. S. Вводить в/в капельно 1 раз в день*

Цель назначения: магния сульфата угнетающее влияет на нервно-мышечную передачу, оказывает успокаивающее действие на ЦНС, снижает АД при гипертонической болезни. Инсулин, что бы усваивалась глюкоза в клетками, для профилактики гипергликемии.

Rp. *Sol. Natrii chloride0,9%-1000 ml.*

*Sol. Papaverini2%-2ml.*

*D. S. Вводить в/в капельно 2 раза в день*

Цель назначения: Папаверина гидрохлорида - миотропный спазмолитический препарат, для расслабления мышц кишечники, что бы уменьшились спастические боли и улучшилось прохождение содержимого кишечника.

Rp. Sol. Proserini 1 ml.

*D. S. Вводить п/к З раза в день*

Цель назначения: [Прозерин](http://www.xumuk.ru/spravochnik/3186.html) является синтетическим антихолинэстеразным [веществом](http://www.xumuk.ru/encyklopedia/721.html) (миотропный спазмолитический препарат).

1. Гипертоническая клизма
2. Подготовка к операции и операция.

16. ДНЕВНИКИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

6. 04 2010 г. (пятые сутки после операции).

Температура утром и вечером 36,7°С

Пульс 92 в минуту, АД 130/90, ЧДД 16 в минуту

Жалобы на умеренные боли в месте операции.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Ограничен в передвижение из-за проведенной операции. Тошноты, рвоты нет. Живот не увеличен, мягкий умеренно болезненный в зоне вмешательства. В области шва, гиперемии кожи, резкой болезненности при пальпации нет, признаков разрушения брюшины нет. Кишечные шумы выслушиваются. Стул скудный. Мочеиспускание не нарушено. Повязка сухая. По дренажу отделяемое серозно-геморрагическое, объемом 400 мл.

Назначения: Режим палатный, смена повязки, стол №15

7. 04 2010 г. (шестые сутки после операции).

Температура утром и вечером 36,6 °С

Пульс 86 в минуту, АД 120/90, ЧДД 14 в минуту

Жалобы на умеренные боли в месте операции.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Ограничен в передвижение. Живот не увеличен, мягкий умеренно болезненный в зоне вмешательства, участвует в дыхание. В области шва, гиперемии кожи, резкой болезненности при пальпации, расхождения шва нет. Стула не было. Диурез не нарушен. Повязка сухая. По дренажу отделяемое серозно-геморрагическое, объемом 400 мл. Физиологические отправления в норме.

Назначения: Режим палатный, смена повязки, стол №15

04 2010 г. (седьмые сутки после операции).

Температура утром и вечером 36,6 °С

Пульс 87 в минуту, АД 120/80, ЧДД 16 в минуту

Жалобы не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение активное. Живот не увеличен, мягкий, участвует в дыхание. В области шва, гиперемии кожи, резкой болезненности при пальпации, расхождения шва нет. Повязка сухая. По дренажу отделяемое серозно-геморрагическое, объемом 200 мл. Физиологические отправления в норме.

Назначения: Режим палатный, смена повязки, стол №15

17. ЭПИКРИЗ

Б. С. Е., 59год.

Проходит лечение в 4 гор. больнице г. \_\_\_\_\_\_\_\_ хирургическом отделение на 2 этаже. Больной поступил в стационар 29 марта 2010 года, в экстренном порядке, выписан 14 марта 2010 года. Поставлен клинический диагноз: Мезенхимома забрюшинного пространства, рецидив, ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, мочекаменная болезнь.

Из анамнеза: больной в 2007г перенёс операцию по поводу острой кишечной непроходимости из-за мезенхимомы забрюшинного пространства. При поступление были выявлены признаки острой кишечной не проходимости (живот умеренно вздут, в области послеоперационного рубца имеется выпячивание; перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки, при пальпации умеренно напряжен, болезненный во всех отделах; пальпируется плотное, слабо болезненное образование, занимающее всю брюшную полость;. per rectum: на перчатке кала нет.). На основании проведенных исследований (УЗИ и КТ брюшной полости) можно утверждать, что кишечная непроходимость, вследствие, рецидива мезенхимомы забрюшинного пространства. 1 марта 2010г. был прооперирован в плановом порядке, вследствие чего выделена опухоль доброкачественного характера. Послеоперационный период проходил без осложнений. Прогноз: Не благоприятный, так как возможен повторный рецидив и операция, которая сама по себе опасна. Для исключения этого осложнения необходимо соблюдать режим питания (6-5 разовое, с исключением канцерогенных веществ); прекратить курить, употреблять алкоголь, т.е. избавиться от вредных привычек; регулярное наблюдение у онкологов и специалистов в поликлинике по месту жительства.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Патология: Учебник, 1 т. Под ред. В.А. Череншнева и В.В. Давыдова - М., 2009 г. (с. 608).

2. Хирургические болезни: Учебник, 1 т. Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М., 2009 г. (с. 608).

3. Учебное пособие. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. А.В. Струтынский, А.П. Баранов. М., 2008.