Пензенский Государственный Медицинский Институт

Пензенский Государственный Университет

Кафедра клинической онкологии

ПГМИ ПГУ

Заведующий кафедрой

клинической онкологии

д. м. н., профессор

История болезни

Ф. И.О.

отделение ООД № 2

палата № 407

Куратор: студентка группы

Преподаватель: д. м. н., профессор

Пенза, 2008 год.

Паспортные данные

ФИО:

Возраст: 78 лет (06.02. 1929г).

Место работы: пенсионерка.

Профессия: доярка

Место жительства:

Дата и час поступления: 4.03.08г. в 11.40.

Кем направлен: поликлиника.

Дата выписки из клиники: 17.03. 2008 год

Проведено койко - дней: 13

Жалобы

При поступлении больная предъявляла жалобы на опухолевидное образование внизу живота, вскрывшееся на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, боль в начале акта дефекации, периодические боли внизу живота, интенсивнее после физической нагрузки, иррадиирущие в паховую область, запоры до 5 дней, а также на общее недомогание, чувство слабости тяжести, некоторый дискомфорт над лоном, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. За последние 5 лет похудела на 12 кг.

История развития заболевания (Anamnesis morbi)

Считает себя больной около 5 лет. Сначала появились периодические боли внизу живота, запоры, в связи с чем обращалась в Каменскую районную больницу, в 2004 году была направлена в Пензенскую Областную клиническую больницу им. Бурденко, где было проведено оперативное лечение в связи с выявленными полипами прямой кишки, а также новообразованием слепой кишки (гистологически диагностирован рак слепой кишки), произведена гемиколонэктомия справа. Через 2 года после операции больная снова обнаружила опухолевидное образование внизу живота, постепенно увеличивающееся в размерах (до размеров куриного желтка), снова появились боли внизу живота, усиливающиеся после физической нагрузки, запоры, слабость, повышенную утомляемость. В начале 2008 года новообразование вскрылось на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, рана 1х1 см. Больная обратилась сначала в Каменскую, затем в Колышлейскую районную больницу, была направлена на стационарное лечение в Областной Онкологический Диспансер.

История жизни (Anamnesis Vitae)

Место рождения: Пензенская область, Каменский район, село Ахмотовка.

Условия жизни: удовлетворительные.

Профессия: доярка, с 55 лет на пенсии.

Профессиональные вредности: отсутствуют.

Семейное положение: замужем.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесённые заболевания: двусторонняя глаукома, по поводу которой было проведено хирургическое лечение, зоб (около 30 лет назад), также было проведено оперативное лечение, полипы в прямой кишке.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, туберкулёз, малярия, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция отсутствуют в анамнезе.

Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на мазь “левомиколь” в виде гиперемии, сыпи. Аллергических реакций в виде кожного зуда, сыпи, крапивницы, отека Квинке после введения каких-либо других лекарственных препаратов, приема пищевых продуктов не отмечалось.

Семейный анамнез

У ближайших родственников каких-либо хронических соматических заболеваний, злокачественных новообразований не было.

Status praesens objectivus (настоящее состояние больного)

Общее состояние

Средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Конституциональный тип телосложения - нормостенический (над - и подключичные пространства умеренно выполнены жировой клетчаткой, ширина межреберных промежутков 1 - 1,5см, ребра расположены косонисходяще, эпигастральный угол равен примерно 90°, лопатки прилегают к грудной клетке, толщина подкожно-жировой клетчатки в области спины 1 - 1,5 см., отношение поперечного размера грудной клетки к передне - заднему 2: 1. Осанка прямая. Рост - 164 см., вес - 65 кг. Температура тела - 36,6 °С.

Видимые кожные покровы бледные; высыпаний, кровоподтеков, петехий, рубцов при осмотре не выявлено. Тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные.

Характер волосяного покрова по женскому типу.

Подкожно - жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы: подчелюстные – диаметром 1см, округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

Мускулатура развита удовлетворительно; мышечный тонус и сила сохранены, симметричны.

Дыхательная система

Грудная клетка нормостенического типа, симметрична, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в процессе дыхания. Дыхание ритмичное, преимущественно грудного типа, средней глубины. Частота дыхательных движений 16 в минуту.

При пальпации, болезненных участков не выявлено, грудная клетка эластична, резистентность соответствует норме, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки ясный легочный по всем лёгочным полям.

Данные топографической перкуссии.

Верхняя граница легких:

1. Высота стояния верхушек спереди:

а) справа – выше ключицы на 3 см.

б) слева – 2,5 см. над ключицей

2. Высота стояния верхушек сзади – уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига:

- слева – 6 см.

- справа – 5 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия | VI межреберье | - |
| Срединноключичная | VI peбpo | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | Х ребро | Х ребро |
| Позвоночная | Остистый отросток | Остистый отросток |
|  | XI грудного позвонка. | XI грудного позвонка. |

Подвижность легочного края по Linea Axillaris mediana

Левого легкого:

на вдохе – 3 см.

на выдохе – 3 см.

суммарная – 6 см.

Правого легкого:

на вдохе – 3 см.

на выдохе – 3 см.

суммарная – 6 см.

При аускультации над всей поверхностью лёгких определяется везикулярное дыхание. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки проводится с одинаковой силой.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Видимых пульсаций сонных, подключичных и других артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см. кнутри от Linea medioclavicularis sinistra, не распространенный, не разлитой.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топогр. линии |
| Правая | ΙΙΙ | На 1см. кнаружи от правого края грудины |
| Левая | V | На 1см. кнутри от L. medioclavicularis sinistra. |
| Верхняя | III | На 1см. кнаружи от  L. sternalis sinistra |

Поперечник относительной тупости сердца 12,5 см.

Ширина сосудистого пучка 4 см

Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца:

Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 80 ударов в минуту. Дополнительные тоны и шумы отсутствуют.

При пальпации, артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные.

Артериальный пульс на лучевых артериях обеих рук одинаковый, высокого наполнения и напряжения, ритмичный.

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

Органы пищеварения (желудочно-кишечный тракт)

Осмотр:

Язык влажный, розовый. Живот не вздут, безболезненный, симметричный, участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, перистальтика кишечника активная. Над лоном наблюдается опухолевидное образование диаметром до 20 см, относительно подвижное.

Аускультация:

Перистальтика кишечника выслушивается.

Перкуссия:

Определяется тимпанический звук над всей поверхность живота, притупления в отлогих местах нет.

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости:

По правой срединно-ключичной линии по VI ребру

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

на 4 сантиметра ниже правой реберной дуги.

Селезенка при перкуссии: продольный размер: 7 см; поперечный размер: 4 см.

Пальпация:

Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Напряжения мышц живота нет. Нижний край печени закруглен, плотно-эластической консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Ортнера отрицательные.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с неровной поверхностью шириной 5 см, неподвижная, урчащая, слегка болезненна. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Стул – запор до 5 дней.

Костный аппарат (опорно-двигательный). Кости пропорциональны, симметричны, деформаций и искривлений нет, безболезненны при пальпации. Суставы безболезненны, объем активных и пассивных движений в норме, деформаций нет.

Нервная система

В сознании. Адекватно ориентирована во времени, пространстве и лицах. Кожная чувствительность и периферические сухожильные рефлексы в норме. Менингиальных симптомов нет.

Мочеполовые органы

Суточный диурез 1,2 л. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Поясничная область без особенностей.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Наружные половые органы без особенностей.

Status localis

Состояние лимфатических узлов: подчелюстные – диаметром 1см, округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

Предварительный клинический диагноз и его обоснование

Больной выставлен следующий предварительный диагноз:

Cancer сигмовидной кишки.

Диагноз выставлен на основании:

1) жалоб больной: на опухолевидное образование внизу живота, вскрывшееся на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, частые длительные запоры, боль в начале акта дефекации, периодические боли внизу живота, интенсивнее после физической нагрузки, иррадиирущие в паховую область, запоры до 5 дней, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. За последние 5 лет похудела на 12 кг.

2) данных, полученных в результате сбора анамнеза: Считает себя больной около 5 лет. Сначала появились периодические боли внизу живота, запоры, в связи с чем обращалась в Каменскую районную больницу, в 2004 году была направлена в Пензенскую Областную клиническую больницу им. Бурденко, где было проведено оперативное лечение в связи с выявленными полипами прямой кишки, а также новообразованием слепой кишки (гистологически диагностирован рак слепой кишки), произведена гемиколонэктомия справа. Через 2 года после операции больная снова обнаружила опухолевидное образование внизу живота, постепенно увеличивающееся в размерах (до размеров куриного желтка), снова появились боли внизу живота, усиливающиеся после физической нагрузки, запоры, слабость, повышенную утомляемость. В начале 2008 года новообразование вскрылось на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, рана 1х1 см. Больная обратилась сначала в Каменскую, затем в Колышлейскую районную больницу, была направлена на стационарное лечение в Областной Онкологический Диспансер.

3) на основании данных осмотра и физикального обследования: видимые кожные покровы бледные; тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные. Живот мягкий, слегка болезненный, над лоном определяется опухолевидное образование диаметром до 20 см, относительно легко смещаемое.

План обследования

Для уточнения диагноза больного необходимо:

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Общий анализ мочи

Определение группы крови и Rh-фактора

ИФА на ВИЧ

RW

ЭКГ

К° терапевта, гинеколога

Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Рентгенография органов грудной клетки

Сигмоскопия

Ирригоскопия

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови.05.03.08

Гемоглобин – 135 г/л

Эритроциты – 4,5·1012 г/л

ЦП – 0,9

Лейкоциты – 4,6·10 9 г/л

Палочкоядерные – 2%

Сегментоядерные – 62%

Лимфоциты – 24%

Моноциты – 6%

СОЭ – 16 мм/ч

Биохимический анализ крови.05.03.08

Общий белок – 74 г/л

Мочевина – 4,4 г/л

Билирубин

Общий 15,3 мкмоль/л

Глюкоза – 7,0 ммоль/л

АЛТ - 10,5 мкт/л

АСТ - 20,1 мкт/л

ПТИ - 93%

Фибриноген – 4,8 г/л

Данные общего анализа мочи.05.03.08

Количество 20,0

Светло-жёлтого цвета

Прозрачная.

Удельный вес - 1005.

Белок и сахар отрицательный.

Реакция щелочная.

Лейкоциты – единичные.

Соли - фосфаты +

ИФА на ВИЧ - Результат отрицательный

RW - Результат отрицательный

Группа крови АВ (IV). Rh +.

Данные дополнительных методов исследования

Рентгенография органов грудной клетки (06.03.08): рисунки сердца и лёгких без патологических изменений.

Заключение: Патологии не выявлено

Ирригоскопия (06.03.08): Прохождение Ва взвеси свободное до селезеночного изгиба, дальше ввести Ва взвесь не удалось, больная не держит (выливается обратно). При раздувании воздухом удалось ввести Ва взвесь до конца. В ректосигмовидном отделе циркулярное сужение длиной примерно 5 см. При раздувании воздухом сужение сохраняется.

Заключение: Заболевание сигмовидной кишки.

Сигмоскопия (07.03.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. На осмотренном участке выявлено новообразование, размерами 5x5 см, без изменений слизистой.

Заключение: Cancer сигмовидной кишки

Клинический диагноз и его обоснование

Больной выставлен следующий клинический диагноз основного заболевания:

Cancer сигмовидной кишки

Сопутствующий заболевания: нет

Осложнения основного заболевания: запоры

Диагноз выставлен на основании:

жалоб больной на опухолевидное образование внизу живота, вскрывшееся на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, частые длительные запоры, боль в начале акта дефекации, периодические боли внизу живота, интенсивнее после физической нагрузки, иррадиирущие в паховую область, запоры до 5 дней, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. За последние 5 лет похудела на 12 кг.

Данных, полученных в результате сбора анамнеза считает себя больной около 5 лет. Сначала появились периодические боли внизу живота, запоры, в связи с чем обращалась в Каменскую районную больницу, в 2004 году была направлена в Пензенскую Областную клиническую больницу им. Бурденко, где было проведено оперативное лечение в связи с выявленными полипами прямой кишки, а также новообразованием слепой кишки (гистологически диагностирован рак слепой кишки), произведена гемиколонэктомия справа. Через 2 года после операции больная снова обнаружила опухолевидное образование внизу живота, постепенно увеличивающееся в размерах (до размеров куриного желтка), снова появились боли внизу живота, усиливающиеся после физической нагрузки, запоры, слабость, повышенную утомляемость. В начале 2008 года новообразование вскрылось на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, рана 1х1 см. Больная обратилась сначала в Каменскую, затем в Колышлейскую районную больницу, была направлена на стационарное лечение в Областной Онкологический Диспансер.

На основании данных осмотра и физикального обследования: видимые кожные покровы бледные; тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные. Живот мягкий, слегка болезненный, над лоном определяется опухолевидное образование диаметром до 20 см, относительно легко смещаемое.

Днных, полученных при дополнительных методах исследования

Общий анализ крови.05.03.08

Гемоглобин – 135 г/л

Эритроциты – 4,5·1012 г/л

ЦП – 0,9

Лейкоциты – 4,6·10 9 г/л

Палочкоядерные – 2%

Сегментоядерные – 62%

Лимфоциты – 24%

Моноциты – 6%

СОЭ – 16 мм/ч

Сигмоскопия (07.03.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. На осмотренном участке выявлено новообразование, размерами 5x5 см, без изменений слизистой.

Заключение: Cancer сигмовидной кишки.

Дневники наблюдений

05.03.08

Больная поступила с подозрением на Cancer сигмовидной кишки. Данные присланы из ЦРБ (снимки низкого качества). Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на приступообразные боли внизу живота, чаще после еды, слабость, быструю утомляемость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 72 уд. в минуту. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание безболезненное, стул в норме. Температура утром 37,2. Планируется обследование в ООД. Больной выполняются перевязки.

09.02.08.

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на чувство тяжести над лоном, слабость, быструю утомляемость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 120 и 80 мм. рт. ст., пульс 74 уд. в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание безболезненное, стул в норме. Температура утром 37,0. Больной выполняются перевязки.

16.03. 2008

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на чувство тяжести над лоном, слабость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 120 и 80 мм. рт. ст., пульс 76 уд. в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание безболезненное, стул в норме. Температура 37,1. Больной выполняются перевязки.

Выписной эпикриз (рекомендации).

78 лет, поступила в ООД 4.03. 2008 по направлению районной поликлиники с жалобами на опухолевидное образование внизу живота, вскрывшееся на переднюю брюшную стенку, с образованием свища, боль в начале акта дефекации, периодические боли внизу живота, интенсивнее после физической нагрузки, иррадиирущие в паховую область, запоры до 5 дней. При осмотре и физикальном исследовании: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Конституциональный тип телосложения - нормостенический. Рост - 164 см., вес - 65 кг. Температура тела - 37,6 °С. Видимые кожные покровы бледные; высыпаний, кровоподтеков, петехий, рубцов при осмотре не выявлено. Тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном

Больная обследована. БАК: Общий белок – 74 г/л; Мочевина-4,4 ммоль/л; Билирубин общий 15,3 мкмоль/л; Глюкоза – 7,0 ммоль/л.; АЛТ-10,5, АСТ-20,1мкт/л; фибриноген-4,8; ОАК: Гемоглобин – 135 г/л; Эритроциты – 4,5·1012 г/л; ЦП – 0,9; Лейкоциты – 4,6·10 9 г/л; Палочкоядерные – 2%, Сегментоядерные – 62%; Лимфоциты – 24%; Моноциты – 6%; СОЭ – 16 мм/ч.

Ирригоскопия (06.03.08): Заключение: Заболевание сигмовидной кишки.

Сигмоскопия (07.03.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. На осмотренном участке выявлено новообразование, размерами 5x5 см, без изменений слизистой.

Заключение: Cancer сигмовидной кишки

На основании полученных данных больной выставлен следующий клинический диагноз основного заболевания: Cancer сигмовидной кишки.

Сопутствующий диагноз: запоры

Больная выписана 17.03.08 в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: Диспансерное наблюдение у онколога (4 группа диспансеризации). Консультация эндокринолога в связи выявленной гипергликемией. Больная нуждается в максимально возможном сбалансированной питании при химически и механически щадящей пищи. Вследствие предполагаемой наследственной склонности к онкопатологии ЖКТ рекомендовано обследование остальных членов семьи в целях профилактики.

Прогноз (ближайший и отдалённый): для жизни неблагоприятный, для здоровья неблагоприятный, для трудовой деятельности неблагоприятный.

Использованная литература

1. Шайн А. А Онкология. Тюмень. “Академия”. 2004. с.389-411
2. Клиническая онкология: учебно-метод. Пособие/ И.С. Агеев, Н.В. Чижиков, И.Л. Хайдурова. - Пенза: Изд-во Пенз. Гос. Ун-та, 2007. .