**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О.:

Год рождения: 1937

Возраст: 72 года

Пол: женский

Дата поступления в стационар: 3.12.2009

Домашний адрес:

Место работы: не работает

1. **ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Предъявляет жалобы на слабоинтенсивную боль ноющего характера в левой половине живота во время ходьбы, задержку стула и газов, похудение, отсутствие аппетита.

Беспокоят также приступы сердцебиения, купирующиеся приемом анаприлина, головные боли, боли в области сердца, ноющие,иррадиацирующие в левое плечо и левую руку, возникающие как в покое так и при физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно, одышка при физической нагрузке.

1. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной в течение двух месяцев, когда появились жалобы на запоры в течение 3-4 дней, общая слабость, снизился аппетит, больная начала замечать, что худеет. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Поскольку больная состоит на учете у онколога в связи с диагностированной 2007 году опухолью ректосигмоидального отдела T3N0M0 IIст (оперирована), участковым врачом был заподозрен рецидив заболевания и больная была направлена к онкологу. Было проведена колоноскопия и RRS. Результаты обследования:

 - Колоноскопия. Заключение: опухоль прямой кишки. Подозрение на рецидив.

 - RRS. Заключение: на 12 см. в области анастомоза определяется грануляционная ткань. С целью уточнения диагноза произведена биопсия – диффузная аденокарцинома.

Больная для дальнейшего обследования и лечения была направлена в ЛООД. Госпитализирована 3 декабря.

1. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больная родилась 23 декабря 1937года в городе Северодонецк. В детские и школьные годы в росте и развитии соответствовала сверстникам. Окончила 10 классов. После окончания школы поступила в техникум, по окончании которого получила профессию бухгалтер.

Жилищно – бытовые условия расценивает как удовлетворительные.

Замужем с 1958 года. Имеет одного ребенка. Была одна беременность, которая закончилась родами.

Перенесенные заболевания: обструктивный бронхит, оперирована по поводу катаракты(1970), склеродермия, опухоль ректосигмоидального отдела толстой кишки T3N0M0 IIст (оперирована).

Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: венерические заболевания, туберкулез, малярию отрицает.

Семейный анамнез – подобных заболеваний у родственников не отмечает.

Вредные привычки: отрицает.

Питание полноценное и регулярное.

1. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**
2. **ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение в постели на момент курации активное. Поведение адекватное. Походка обычная. Выражение лица спокойное. Рост 163см. вес 65кг. Телосложение гиперстеническое.

Температура тела – 36,8 °С.

**А. Поверхность кожи**

Цвет кожи и видимых слизистых оболочек розовый. Сыпи нет. Кожа эластичная, умеренной влажности. Тургор кожи сохранен. Волосы седые.

**Б. Подкожная жировая клетчатка**

Развита чрезмерно.Толщина складки на животе – 4 см. Подкожный жировой слой распределен неравномерно. Избыточное отложение подкожной клетчатки в области живота и бедер. Пастозности и отёков не отмечается. Подкожные вены малозаметны. Подкожная жировая клетчатка при давлении безболезненная.

**В. Лимфатические узлы**

Доступные пальпации лимфатические узлы – подчелюстные, подмышечные и паховые – не увеличены. Они единичные, округлой формы, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Рубцов над лимфатическими узлами не отмечено.

**Г. Мышечная система**

Мускулатура развита слабо. Тонус мышц сохранен. При пальпации и движении болезненности не отмечено. Сила мышц умеренная. Уплотнений при пальпации не обнаружено.

**Д. Костная система**

Соотношение костей скелета пропорциональное. Череп округлой формы. Ход ребер косой. Болезненности при пальпации костно – суставной системы не отмечается.

**II. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Статический осмотр. Грудная клетка гиперстеническая. Затруднения дыхания, выделений из носа, болезненных ощущений не отмечено. Грудина и позвоночный столб имеют прямое направление. Подключичные и надключичные ямки сглажены. Межреберные промежутки не расширены. Ход ребер косой.

Динамический осмотр. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Дыхание ритмичное. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания.

Пальпация. При пальпации болезненности не отмечается. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание проводится симметрично над всей поверхностью легочной ткани. Ощущение трения плевры отсутствует.

При сравнительной перкуссии Над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия. Нижние границы легких:

 правого легкого левого легкого

l. parasternalis V межреберье −−

l. medioclavicularis VI ребро −−

l. axillaris anterior VII ребро VI ребро

l. axillaris media VIII ребро VI межреберье

l. axillaris posterior IX ребро VII ребро

l. scapularis X ребро X ребро

l. paravertebralis остистый отросток остистый отросток

 IX грудного позвонка IX грудного позвонка

Ширина полей Кренига 7 см 7см

*Подвижность легочного края* составляет справа – 3 см

 слева – 3 см

*Высота стояния верхушек легких*. При топографической перкуссии верхушка правого легкого спереди находится на 3 см выше середины ключицы, а сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Верхушка левого легкого спереди находится выше ключицы на 3 см, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Аускультация. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

**III. СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Область сердца не изменена. Патологической пульсации сонных артерий, набухания и пульсации шейных вен не обнаружено. Пульсация в области сердца и эпигастрия отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, не усиленный.

Систолическое и диастолическое дрожание не определяется.

Пульс синхронный, 72 удара в минуту, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения, быстрый. АД 160/100мм.рт.ст.

Границы относительной сердечной тупости.

правая – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

верхняя – на уровне III ребра на 1 см кнаружи от левого края грудины

левая – в V межреберье, на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Аускультация сердца. Тоны сердца ритмичные, акцент второго тона над аортой. На верхушке выслушивается незначительный систолический шум, который никуда не проводится.

**IV. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Губы бледно - розового цвета, умеренно влажные, без высыпаний, трещин и эрозий. Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розовая, умеренно – влажная. Гиперемии, изъязвлений, афт, не обнаружено. Десна не разрыхлены и не кровоточат. Язык ярко – розового цвета, влажный, без язв и налета. Сосочки не изменены.

Слизистая оболочка глотки бледная цвета. Миндалины выступают за небные дужки, язычок не изменен.

Слюнные железы (околоушные, слюнные и подъязычная) не увеличены, безболезненные, изменения цвета кожи над областью желез не отмечается, боль при жевании и открывании рта отсутствует.

Живот. Форма живота округлая. Живот симметричный, видимой на глаз перистальтики кишечника и желудка не отмечается, расширения вен живота не выявлено. Пупок втянут.

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный.

При глубокой пальпации определяется:

1. в правой подвздошной области определяется слепая кишка, плотной консистенции, диаметром до 3 см, с гладкой поверхностью, подвижная, безболезненная, не урчит;
2. в мезогастральной области на 2 см выше пупка определяется поперечно – ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, подвижная, безболезненная, не урчит;
3. в правой боковой области пальпируется восходящая ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, умеренно подвижная, безболезненная, не урчит;
4. в левой боковой области определяется нисходящая ободочная кишка цилиндрической формы, мягкой консистенции, диаметром до 2 см, умеренно подвижная, безболезненная, не урчит.

Желудок. При суккуссии большая кривизна определяется на 2 см выше пупка, что подтверждается методом аускультофрикции. При пальпации большая кривизна желудка определяется в виде мягко – эластического тяжа, безболезненная, подвижная. Симптомы Василенко, Менделя, ″пояса″ отрицательные, угол Трейца, точки Боаса, Опенховского, Гербста безболезненные при пальпации.

Печень. При пальпации печени ее нижний край заострен, мягкой консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненный. Нижний край печени выступает на 1 см из – под реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 9 см

по передней срединной линии 8 см

по левой косой линии 7 см

Желчный пузырь. При пальпации в точке Кера болезненность отсутствует. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Георгиевского – Мюсси, Харитонова – Ляпине отрицательные. Болезненность в зонах Захарьина – Геда не отмечается.

Селезенка. Не пальпируется. При перкуссии передней грудной стенки не выходит за левую переднюю подмышечную линию. Размеры селезенки по Курлову: продольный размер – 6 см, поперечный размер – 6 см.

Поджелудочная железа. Болезненность в зонах Шоффара, Губергрица, точках Дежардена и Мейо – Робсона не отмечается. Симптом Раздольского отрицательный.

Аускультация живота. Выслушивается слабая перистальтика кишечника.

Характеристика испражнений: стул 1 раз в сутки, коричневого цвета, оформленной консистенции.

**V. МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

При осмотре область поясницы не изменена. При бимануальной глубокой пальпации почки не пальпируются. Мочевой пузырь пальпации недоступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом ″поколачивания″ отрицательный. Частота мочеиспусканий – 5 – 6 раз в сутки, мочеиспускание безболезненное. Диурез – до 1000 мл мочи в сутки.

**VI. НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Поведение больной адекватное. Ориентация во времени и пространстве правильная. Сознание ясное, настроение ровное, сон не нарушен. Эмоционально стабильна.

Зрачки обычной величины, реакция на свет сохранена. Зрачки d = s, глазные щели d = s, косоглазия, нистагма не обнаружено.

Походка ровная. Движения координированы, равновесие сохранено.

Менингеальные симптомы отсутствуют (симптомы Кернига, Брудзинского и ригидность затылочных мышц). Правильно и точно выполняет пальце – носовую и колено – пяточную пробы. В позе Ромберга устойчива.

Слух и зрение не нарушены. Температурная реакция при инфекционных заболеваниях без особенностей. Отмечается чрезмерная потливость.

**5 STATUS LOCALIS**

При глубокой пальпации в левой подвздошной области локализуется сигмовидная кишка, плотной консистенции, диаметром до 3 см, с гладкой поверхностью, подвижная, слабоболезненная, не урчит. В нижней ее части определяется опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции, диаметром около 2см. Кожа над ним не изменена.

**6. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании:

- жалоб на слабоинтенсивную боль ноющего характера в левой половине живота во время ходьбы, задержку стула и газов, похудение, отсутствие аппетита. Беспокоят также приступы сердцебиения, купирующиеся приемом анаприлина, головные боли, боли в области сердца, ноющие, иррадиацирующие в левое плечо и левую руку, возникающие как в покое так и при физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно, одышка при физической нагрузке.

- анамнеза заболевания - Считает себя больной в течение двух месяцев, когда появились жалобы на запоры в течение 3-4 дней, общая слабость, снизился аппетит, больная начала замечать, что худеет. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Поскольку больная состоит на учете у онколога в связи с диагностированной 2007 году опухолью ректосигмоидального отдела T3N0M0 IIст (оперирована), участковым врачом был заподозрен рецидив заболевания и больная была направлена к онкологу. Было проведена колоноскопия и RRS. Результаты обследования:

 - Колоноскопия. Заключение: опухоль прямой кишки. Подозрение на рецидив.

 - RRS. Заключение: на 12 см. в области анастомоза определяется грануляционная ткань. С целью уточнения диагноза произведена биопсия – диффузная аденокарцинома.

- объективных данных - При глубокой пальпации в левой подвздошной области локализуется сигмовидная кишка, плотной консистенции, диаметром до 3 см, с гладкой поверхностью, подвижная, слабоболезненная, не урчит. В нижней ее части определяется опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции, диаметром около 2см. Кожа над ним не изменена.

При исследовании сердечно-сосудистой системы - АД 160/100мм.рт.ст., при аускультации - акцент второго тона над аортой. На верхушке выслушивается незначительный систолический шум, который никуда не проводится.

Можно выставить предварительный диагноз:

Основной – Cr ректосигмоидального отдела рецидив T3N0M0 IIст, prol. Morbi. II клиническая группа.

Сопутствующий – гипертоническая болезнь II, 3 степень. ИБС, диффузный кардиосклероз.

**7. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

I. *Лабораторные исследования*

1. Анализ крови клинический
2. Анализ мочи общий.
3. Анализ крови на сахар
4. Биохимический анализ крови
5. Серологическое исследование крови на сифилис МРП
6. Исследование кала на яйца гельминтов

II. *Инструментальные исследования*

1. Пальцевое исследование прямой кишки
2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости
3. Ирригоскопия.
4. RRS.
5. Электрокардиография

**8. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

I. *Лабораторные исследования*

**1.Анализ крови клинический**(4.12.09):

Гемоглобин 100 г/л

Эритроциты 4.0 х 1012 /л

Цветовой показатель 0,9

СОЭ 3 мм/ч

Лейкоциты 4,8 х 109 /л

Нейтрофилы палочкоядерные 1 %

Нейтрофилы сегментоядерные 64 %

Эозинофилы 0,5%

Лимфоциты 26,5%

Моноциты 8 %

Заключение: наблюдается анемия

**2. Анализ мочи общий** (4.12.09):

Количество 170,0

Цвет мочи соломенно-желтый (соломенно-желтый)

Прозрачность прозрачная (прозрачная)

Относительная плотность 1.010 (1.010-1.025)

Реакция мочи слабокислая

Белок следы (до 0.012 г/л)

Эритроциты (свежие) –

Лейкоциты 3 в п/зр. (до 3 в п/зр.)

Глюкоза -

 Заключение: без патологии

**3.Анализ крови на содержание глюкозы**(4.12.09)

Глюкоза 3,8г/л

Заключение: уровень глюкозы в пределах нормы

**4.Биохимический анализ крови**(5.12.09):

- билирубин общий – 11,0 мкмоль/л

- АлАТ – 0,52ммоль/л

- АсАТ – 0,45ммоль/л

- Тимоловая проба – 2,7ед

- мочевина – 4,6ммоль/л

- креатинин – 0,048ммоль/л

- холестерин общий – 3,3ммоль/л

Заключение: без патологии.

1. **Серологическое исследование крови на сифилис МРП**. (5.12.09 г).

Заключение: реакция отрицательная.

1. **Анализ кала на я/г**(5.12.09)

Заключение:я/г не обнаружены

II. *Инструментальные исследования*

**1.Пальцевое исследование прямой кишки(**4.12.09**)**

Заключение: на правой боковой стенке таза (приблизительно 7-8см) определяется плотное образование до 1см в диаметре, стенка кишки над ним подвижна.

**2.Обзорная рентгенограмма брюшной полости** (8.12.09)

Заключение: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в области анастомоза определяется округлое образование около 2см в диаметре, частично перекрывающее просвет кишечника.

**3. Ирригоскопия**(10.12.09)

Заключение: Cr ректосигмоидального отдела толстой кишки.

**4. RRS.**(04.12.09). Заключение: на 11см в области анастомоза на левой с переходом на переднюю стенку определяется опухолевидное образование в виде «петушиного гребня» хрящевидной плотности – рецидив опухоли в области анастомоза.

**5.Электрокардиография**(9.12.09). Заключение: выраженная синусовая брадикардия с ЧСС 48-50 уд. в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Обращает на себя внимание укорочение интервала P-Q (P-Q<0.12 при ЧСС 50); гипертрофия левого желудочка с умеренными изменениями по заднедиафрагмаотной стекнке. PR 0.12, QRS 0.08, QT 0.42.

**9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Данное заболевание необходимо дифференцировать с болезнью Крона и дивертикулезом кишечника, узловой формой полипа кишечника.

При хроническом течении болезнь Крона, как и рак ректосигмоидального отдела толстой кишки, может длительное время протекать бессимптомно или с небольшими проявлениями в виде общей слабости, быстрой утомляемости, незначительной спастической боли в животе. Однако испражнения при болезни Крона носят полуоформленный характер, мягкой консистенции, а при раке ректосигмоидального отдела толстой кишки испражнения оформлены, наблюдается их задержка. Кроме того при раке определяется прогрессирующее снижение массы тела. Выделяют три основных признака болезни Крона:

1. Свищи, которые спонтанно образуются и связаны с поражением кишечника.
2. Перианальные абсцессы, свищи с трещинами и изъязвления в пораженных воспалительным процессом отделах кишечника.
3. «Малоподвижная опухоль» пальпирующаяся в животе.

При раке ректосигмоидального отдела встречается только последний признак. Диагноз также позволяют уточнить дополнительные методы исследования:

1. Для рентгенологической картины болезни Крона характерно чередование участков поражения с неизмененными участками. Пораженный сегмент выглядит суженым, с ригидной стенкой. При изъязвлении выявляют нечеткость и деформацию контура. Опухоль ректосигмоидального отдела толстой кишки на рентгенограмме определяется в виде округлого образования частично или полностью перекрывающего просвет кишечника.
2. При ректоманоскопии для болезни Крона характерно - отечная, гиперемированная, легко ранимая слизистая, зернистая или с наличием мелких эрозий и геморрагий, иногда – небольшие изолированные язвы. Все эти изменения имеют характерный вид «брусчатки». В случае наличия опухоли определяется округлое образование, плотной консистенции.
3. Окончательную точку позволяет поставить биопсия. При болезни Крона определяется: воспалительный трансмуральный инфильтрат, который начинается в подслизистом слое, распространяется на мышечную, субсерозную и серозную оболочки. Среди воспалительного инфильтрата выявляют гранулемы саркоидного типа. При наличии злокачественного новообразования в биоптате определяются типичные клетки.

Дивертикулы образуются в следствие повышения внутрикишечного давления и наличия в мышечной оболочке слабых мест, через которые может выпячиваться слизистая.

Дивертикулез длительное время протекает бессимптомно, затем появляется слабая боль в нижней половине живота и левой подвздошной области, вздутие живота, нестойкие испражнения. Подобное течение отмечается и при раке ректосигмоидального отдела толстой кишки. Однако для дивертикулеза характерно быстрое усиление боли, резкая болезненность при пальпации , тошнота и рвота. При онкозаболеваниях данные симптомы появляются лишь в случае полной обтурации просвета кишечника. Также позволяют подтвердить диагноз контрастная рентгенография органов брюшной полости, ирригоскопия и биопсия.

Узловая форма полипа также может проявляться имеющимися у курируемой больной симптомами: ложные позывы на дефекацию, боли в животе, затруднение дефекации, запорами. Оба заболевания зачастую возникают в пожилом возрасте, имеют прогрессирующее течение. На этапе предварительного диагноза отличить эти два заболевания уже в некоторой степени можно с помощью клинического обследования. Так при ректальном обследовании полип на прикосновение мягкий; в то же время опухоль курируемой больной плотной консистенции, ограничено подвижная. Ректероманоскопия позволила обнаружить у больной типичную форму экзофитного рака, узловая форма полипа макроскопично выглядит в виде образования больше 2 см в диаметре, легко кровоточащем при прикосновении. Окончательно верифицировать диагноз в данном случае позволяет биопсия с гистологическим исследованием биопата.

1. **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основании предварительного диагноза и данных дополнительных методов исследования:

**1.Пальцевое исследование прямой кишки.** Заключение: на правой боковой стенке таза (приблизительно 7-8см) определяется плотное образование до 1см в диаметре, стенка кишки над ним подвижна.

**2.Обзорная рентгенограмма брюшной полости.** Заключение: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в области анастомоза определяется округлое образование около 2см в диаметре, частично перекрывающее просвет кишечника.

**3. Ирригоскопия**. Заключение: Cr ректосигмоидального отдела толстой кишки.

**4. RRS**. Заключение: на 11см в области анастомоза на левой с переходом на переднюю стенку определяется опухолевидное образование в виде «петушиного гребня» хрящевидной плотности – рецидив опухоли в области анастомоза.

**5.Электрокардиография**. Заключение: выраженная синусовая брадикардия с ЧСС 48-50 уд. в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Обращает на себя внимание укорочение интервала P-Q (P-Q<0.12 при ЧСС 50); гипертрофия левого желудочка с умеренными изменениями по заднедиафрагмаотной стекнке. PR 0.12, QRS 0.08, QT 0.42

можно выставить клинический диагноз:

Основной – Cr ректосигмоидального отдела рецидив T3N0M0 IIст, prol. Morbi. II клиническая группа.

Сопутствующий – гипертоническая болезнь II, 3 степень. ИБС, диффузный кардиосклероз.

**11. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Режим палатный.

2. Диета – стол №3

3. Лечение основного заболевания – рекомендуется оперативное лечение в объеме удаления пораженного участка кишечника.

4. Коррекция сопутствующей патологии:

 - «Конкор» 25мг внутрь 1 раз в день

 - «Кардиомагнил» 75мг внутрь 1 раз в день

 - «Лориста» по 1 таблетке внутрь 1 раз в день

 **12. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ**

22.12.2009г.

Вечером в 20 часов у больной появились жалобы на появление крови в кале.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, систолический шум, который никуда не проводится. Живот при пальпации болезненный в левой боковой и подвздошной области.

С целью остановки кровотечения:

 - аминокапроновая кислота 200,0 в/в капельно

 - этамзилат 4,0 в/м через 8 часов

 - хлористый кальций 10,0 в/в

 - холод на низ живота

23.12.09

Больная предъявляет жалобы на боль режущего характера в левых отделах живота.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание. ЧД 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, систолический шум, который никуда не проводится. Живот при пальпации болезненный в левой боковой и подвздошной области.

Per rectum: : на правой боковой стенке таза (приблизительно 7-8см) определяется плотное образование до 1см в диаметре, стенка кишки над ним подвижна. На конце перчатки кровь.

Больной рекомендовано срочное оперативное вмешательство с целью остановки продолжающегося острого кишечного кровотечения.

**13. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

На операцию подготовлена больная \*\*\*\* 72года. Находится в хирургическом отделении ЛООД с 3.12.09. При обследовании выявлено, что у больной на 7-8см от ануса находится опухолевидное образование около 1см в диаметре. При RRS выявлено, что на 11см в области анастомоза на левой с переходом на переднюю стенку определяется опухолевидное образование в виде «петушиного гребня» хрящевидной плотности – рецидив опухоли в области анастомоза. Проведено гистологичекое исследование - диффузная аденокарцинома.

Таким образом у больной имеет место:

Основной диагноз - Cr ректосигмоидального отдела рецидив T3N0M0 IIст, prol. Morbi. II клиническая группа.

Осложнение – Острое ректальное кровотечение.

Данных за отдаленные метастазы не выявлено.

Планируется выполнить операцию Гартмана. О возможности формирования колостомы больная предупреждена.

**14. ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Операция Гартмана.

После обработки операционного поля раствором бетадина выполнена дважды нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости спаечный процесс. Произведен висцеролиз. При ревизии органов брюшной полости определена опухоль верхнее-ампулярного отдела до 4-5см в диаметре, не прорастает все слои, со стенозом просвета кишки. Сигмовидная кишка мобилизирована. Дистальнее опухоли на 5см и проксимальнее на 10см от опухоли кишка резицирована на зажимах, макропрепарат удален. Культя прямой кишки ушита обвивным непрерывным швом и погружена в кисетный. В левой подвздошной области сформирована концевая колостома, фиксирована к коже узловыми капроновыми швами. Брюшная полость осушена, перитонезация и дренирование полости малого таза пресакральным дренажем и правого бокового фланга перчаточно-трубчатыми дренажами. Гемостаз – сухо. Контроль салфеток. В брюшную полость введено 100мл 1% раствора диоксидина и она ушита через все слои наглухо. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Макропрепарат: опухоль кишки до 5см, прорастает все слои, циркулярно суживает просвет, хрящевидной плотности, покрыта сгустками крови.

**15. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ**

4.01.10

Больная предъявляет жалобы на слабоинтенсивные боли ноющего характера в левой половине живота.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, систолический шум, который никуда не проводится. АД 160/90.Живот при пальпации болезненный в левой боковой области.

Учитывая паллиативный характер лечения возможно продолжение лучевого лечения. Лечение будет начато после коррекции анемии и улучшения общего состояния.

6.01.10

Больная жалоб не предъявляет.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, систолический шум, который никуда не проводится. АД 160/90.Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**16. ЭПИКРИЗ**

Больная \*\*\*\*\* находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении ЛООД с 3.12.09 по 6.01.2010.

В отделении был выставлен клинический диагноз:

Основной – Cr ректосигмоидального отдела рецидив T3N0M0 IIст, prol. Morbi. II клиническая группа.

Сопутствующий – гипертоническая болезнь II, 3 степень. ИБС, диффузный кардиосклероз.

Осложнение – острое ректальное кровотечение.

При поступлении в клинику предъявляла жалобы на слабоинтенсивную боль ноющего характера в левой половине живота во время ходьбы, задержку стула и газов, похудение, отсутствие аппетита. Беспокоили также приступы сердцебиения, купирующиеся приемом анаприлина, головные боли, боли в области сердца, ноющие,иррадиацирующие в левое плечо и левую руку, возникающие как в покое так и при физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно, одышка при физической нагрузке.

Заболела настоящим заболеванием повторно. Впервые диагностировано в 2007 году. Лечилась регулярно. Состоит на диспансерном учете у онколога по месту жительства.

В анамнезе жизни имеются указания на перенесенный раннее Cr ректосигмоидального отдела (оперирована 19.12.2007).

При объективном исследовании выявлено:

 - При глубокой пальпации в левой подвздошной области локализуется сигмовидная кишка, плотной консистенции, диаметром до 3 см, с гладкой поверхностью, подвижная, слабоболезненная, не урчит. В нижней ее части определяется опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции, диаметром около 2см. Кожа над ним не изменена.

 - При исследовании сердечно-сосудистой системы - АД 160/100мм.рт.ст., при аускультации - акцент второго тона над аортой. На верхушке выслушивается незначительный систолический шум, который никуда не проводится.

Проведены следующие дополнительные исследования:

1.Анализ крови клинический(4.12.09):

Заключение: наблюдается анемия

2. Анализ мочи общий (4.12.09):

Заключение: без патологии

3.Анализ крови на содержание глюкозы(4.12.09)

Заключение: уровень глюкозы в пределах нормы

4.Биохимический анализ крови(5.12.09):

Заключение: без патологии.

1. Серологическое исследование крови на сифилис МРП. (5.12.09 г).

Заключение: реакция отрицательная.

1. Анализ кала на я/г(5.12.09)

Заключение: я/г не обнаружены

II. Инструментальные исследования

1.Пальцевое исследование прямой кишки(4.12.09)

Заключение: на правой боковой стенке таза (приблизительно 7-8см) определяется плотное образование до 1см в диаметре, стенка кишки над ним подвижна.

2.Обзорная рентгенограмма брюшной полости (8.12.09)

Заключение: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в области анастомоза определяется округлое образование около 2см в диаметре, частично перекрывающее просвет кишечника.

3. Ирригоскопия(10.12.09)

Заключение: Cr ректосигмоидального отдела толстой кишки.

4. RRS.(04.12.09). Заключение: на 11см в области анастомоза на левой с переходом на переднюю стенку определяется опухолевидное образование в виде «петушиного гребня» хрящевидной плотности – рецидив опухоли в области анастомоза.

5.Электрокардиография(9.12.09). Заключение: выраженная синусовая брадикардия с ЧСС 48-50 уд. в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Обращает на себя внимание укорочение интервала P-Q (P-Q<0.12 при ЧСС 50); гипертрофия левого желудочка с умеренными изменениями по заднедиафрагмаотной стекнке. PR 0.12, QRS 0.08, QT 0.42.

За время пребывания в клинике проведено лечение:

1. Операция Гартмана.

 2. Коррекция сопутствующей патологии:

 - «Конкор» 25мг внутрь 1 раз в день

 - «Кардиомагнил» 75мг внутрь 1 раз в день

 - «Лориста» по 1 таблетке внутрь 1 раз в день

В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось. Исчезли жалобы на задержку стула и газов, ноющие боли в животе. Стали реже беспокоить приступы сердцебиения, головные боли и боли в области сердца.

Выписывается с рекомендациями:

1. После улучшения общего состояния – лучевая терапия.
2. Систематическое обследование по месту жительства с целью профилактики рецидива заболевания.
3. Соблюдение режима труда и отдыха.
4. Коррекция терапии гипертонической болезни и ишемической болезни сердца.

**17. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Чумак П.Я. хирургические болезни. - Тернополь.: Укмедкнига, 2006г.

2. Хирургические болезни под редакцией М.И. Кузина. – М.:Медицина, 1986г.

3. Н.Н. Трапезников. Онкология. учебник для медицинских Вузов,
М.: Медицина, 1992