Общие сведения (паспортная часть)

 Фамилия, имя, отчество: Юрий

 Возраст: 58 лет

 Пол: мужской

 Национальность: ---

 Образование: среднее

 Домашний адрес: г. Саратов

 Профессия: слесарь-наладчик

 Выполняемая работа и должность: слесарь-наладчик

 Дата поступления: 1 сентября 1996 года 15 часов 00 минут

 Диагноз направившего учреждения: Новообразование поджелудочной

 железы. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

 Диагноз при поступлении: Новообразование желудка

 Клинический диагноз: Опухоль антрального отдела желудка.

 Сопутствующее заболевание: ЯБ двенадцатиперстной кишки

 ЖАЛОБЫ

 Больная жалуется на наличие припухлости на передней поверхности шеи,

 чувство давления в области шеи, ощущение помехи при глотании.

 АNAMNESIS MORBI

 Больной себя считает с 1992 года, когда после тяжелого эмоционального

 стресса (смерть близких родственников) впервые на ежегодном медосмотре

 (больная работала в Балашовском городском суде) было выявлено увеличение

 щитовидной железы. Так как это больную не беспокоило и других жалоб она

 не предъявляла, лечение не проводилось. Больная не отмечает за последую-

 щие 3 года динамики в росте данного образования. Однако в 1995 году

 после посещения грязелечебницы с принятием радоновых ванн больная

 отметила некоторое увеличение припухлости в области передней поверхности

 шеи. Ко врачу с этой жалобой не обращалась, в то время больная уже была

 на пенсии и регулярных медосотров не проходила.

 С 1995 по 1997 год больная отмечает постепенное увеличение припухлости

 в области передней поверхности шеи и в последние 5-6 месяцев присоедини-

 лись жалобы на чувство давления в области шеи, особенно в положении лежа

 на спине и ощущение помехи при глотании. С данными жалобами больная

 обратилась в Клинику факультетской хирургии, куда и была госпитализиро-

 ванна.

 ANAMNESIS VITAE

 Родился в Саратове в 1964 году в семье рабочего. Рос и развивался

 нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от

 сверстников.В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. По

 окончании школы обучался в техникуме, получив профессию

 слесарь-наладчик широкого профиля. Работать начал в 19 лет.

 В настоящий время работает слесарем-наладчиком на п/о "Корпус".

 Лекарственной непереносимости не отмечается.

 Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

 родственников отрицает.

 НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

 Самочувствие больной удовлетворительное.

 При общем осмотре:

 Состояние больного удовлетворительное, положение активное,

 сознание ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

 Телосложение правильное.

 При осмотре кожных покровов кожа обычного цвета, сухая, теплая наощупь,

 пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний,

 сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые

 слизистые оболочки розовые,кровоизлияний,изъязвлений, корочек нет.

 Тип оволосения женский, волосы густые, каштановые, блестящие.

 Пальцы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол"

 нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и

 ломкости ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

 Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

 активных и пассивных движениях безболезненны.

 Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

 покалачивании безболезненны.

 В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

 нет.

 Состояние по органам и функциональным системам

 Система дыхания

 Жалоб на одышку, кашель кровохарканье больной не предъявлял.

 Грудная клетка нормостенической формы, западений, выбуханий нет,

 имеется левосторонний скалеоз грудного отдела позвоночника,

 надключичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая

 лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

 Эпигастральный угол 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 Одышки, удушья видимых на глаз нет.

 Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ширины.

 При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла,

 равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания

 подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки

 нормальной ширины.

 При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

 точной пальпации безболезненна.

 Ощущения шума трения плевры нет.

 Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки

 обеих половин грудной клетки.

 При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

 ясный легочный звук.

 При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких над

 ключицами справа и слева 3 см. Поля Кренига справа и слева 5,5 см.

 Нижняя граница и подвижность нижних краев правого и левого легкого

 в норме.

 При аускультации над всеми легочными полями выслушивается

 везикулярное дыхание в фазу вдоха, нормальной силы.

 Над гортанью, трахеей и в области рукоятким грудины в фазу выдоха

 выслушивается бронхиальное дыхание нормальной силы.

 При аускультации над всеми легочными полями хрипов, крепитации, шума

 трения плевры нет.

 Система кровообращения

 Жалоб на боли в области сердца, сердцебиения, ощущения перебоев в

 области сердца больной не предъявлял.

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межреберье

 справа от грудины и в яремной ямке.

 Пульсация легочного ствола отсутствует.

 Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и "систолического

 дрожания" над аортой отсутствуют.

 При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

 правая - в 4 межреберье на 1 см правее правого края грудины,

 верхняя - в 3 межреберье слева от грудины,

 левая - на 1.5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

 Поперчник относительной сердечной тупости - 12 см

 Талия сердца сохранена.

 Сосудистый пучок справа и слева не выступает из-зи грудины.

 Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

 При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости:

 правая - у левого края грудины,

 верхняя - в 4-м межреберье

 левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной

 тупости.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные,ослабления,усиления

 или раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет.

 При пальпации сосудов шеи, височных, в надчревной области

 извилистости, набухания, узловатости нет,"симптом червя"

 отсутствует.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 80 ударов в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 140/80.

 Система пищеварения и органы брюшной полости

 Аппетит нормальный, прохождение пищи по пищеводу свободное, изжоги нет,

 вздутия живота нет, отхождение кала и газов нормальное.

 При осмотре губы розовые,сухие, изъязвлений, трещин,

 высыпаний нет.

 При осмотре полости рта слизистые розового цвета,язвочек нет, запах

 изо рта отсутствует.

 Яэык влажный, обложен белым налетом, сосочки языка выражены

 умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям, дрожания и

 девиации высунутого языка нет. В ротовой полости имеются кариозные

 и пломбированные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости,

 разрыхленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не

 выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболезненное.

 При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

 вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

 Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

 околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет.

 Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот

 мягкий,безболезненный расхождения прямых мышц живота нет.

 Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

 При глубокой скользящей методической пальпации по

 Обрзцову-Стражеско в левой подвздошной области определяется

 сигмовидная кишка: безболезненная,плотно-эластической

 консистенции, с ровной поверхностью, не урчит, малоподвижна,

 диаметр 1,5 см; в правой подвздошной области определяется слепая

 кишка: безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит,

 подвижна, диаметром 3 см.

 Методом аускультофрикции нижняя граница желудка на 1,5 см ниже

 пупка, ниже нее пальпируется поперечно-ободочная кишка,

 которая при глубокой пальпации безболезненна, мягкой консистенции,

 подвижная, 4 см в диаметре.

 При глубокой скользящей методической пальпации по

 Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край

 печени не выступает из-под нижней реберной дуги.

 Размеры печени по Курлову:

 по правой среднеключичной линии - 11 см

 по правой окологрудинной линии - 9 см

 по правой реберной дуге - 8 см

 При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона,

 холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва,

 акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка

 безболезненны.

 Видимого на глаз увелечения селезенки нет.

 При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке слева

 укорочения перкуторного звука нет.

 При пальпации селезенка не определяется.

 При топографической перкуссии селезенка занимает область 9,10,11

 ребер.

 Моче-половые органы

 Частота мочеиспусканий нормальная, затруднений при мочеиспускании

 нет, количество и внешний вид мочи в норме.

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При

 перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При

 поверхностной пальпации болезненность не определяется. При

 глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско почки не

 пальпируются.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Нервная система

 Больная сдержана, к окружающему миру относится с интересом,

 способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во

 времени и пространстве,не страдает бессоницей,, головокружений,

 обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет.

 Патологических рефлексов нет.

 Болевая и температурная чувствительность сохранены.

 Зрение, слух, обоняние в норме.

 Нарушений вкуса нет.

 МЕСТО ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ

 При осмотре на передней поверхности шеи справа видна припухлость,

 деформирующая конфигурацию шеи, смещающаяся при глотании вверх.

 При пальпации на фоне диффузно-увеличенной щитовидной железы в правой

 доле определяется узел диаметром примерно 3,5 см, плотно-эластической

 консистенции, с четкими контурами, ровной поверхностью, смещающийся

 при глотании. В левой доле также определяется узел диаметром примерно

 2,5 см, без четких контуров.

 Кожа в области шеи не изменена.

 Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

 Тремора пальцев нет. Глазные симптомы отрицательные.

 Результаты лабораторных и инструментальных исследований

 1.09.96 Анализ крови

 Эритроциты - 3,42\*10^12

 Hb - 107 г/л

 Ht - 35 %

 Лейкоциты - 5,5\*10^9

 СОЭ - 12 мм

 Лейкоцитарная формула - п3с64л30м3

 1.09.96 Анализ мочи

 с/ж, мутноватый, плотность - 1,013, белок - 0,231

 сахар - следы

 ацетон - отсутствует

 Микроскопия: эритроциты старые - в небольшом количестве

 лейкоциты - 3-6 в поле зрения

 эритроциты свежие - 0 - 2 в поле зрения

 гиалиновые цилиндры - 0 - 1 в поле зрения(обрывки)

 оксалаты - единичные

 слизь - +++

 1.09.96 Рентгеноскопия органов грудной клетки, брюшной полости.

 Легочные поля прозрачны. Синусы плевры свободны. Диафрагма

 подвижна. сердце широко лежит на диафрагме, дуга аорты развернута,

 уплотнена.Свободных пространств под диафрагмой не обнаружено. Тень

 кишечника в нижней половине живота.

 2.09.96 Фиброгастроскопия

 Пищевод свободно проходим. Слизистая его гиперемирована на всем

 протяжении. В просвете желудка застойное содержимое. Начиная с

 угла желудка слизистая инфильтрована раковой опухолью по малой

 кривизне. В антральном отделе инфильтрация носит циркулярный

 характер, суживая просвет до 0,5 см.

 Заключение: Инфильтративный рак желудка

 3.09.96 УЗИ

 Печень несколько увеличена, средней эхоплотности.

 Желчный пузырь овальный, стенки нормальной толщины.

 Поджелудочная железа не визуализируется.

 Желудок увеличен, заполнен содержимым.

 Заключение: Калькулезный холецистит

 4.09.96 Рентген желудка

 Пищевод не изменен, свободно проходим.

 Желудок резко расширен, определяется значительное количество

 жидкого содержимого. Складки слизистой не дифференцируются.

 Выходной отдел переходит в узкий канал с ригидными стенками,

 просвет его до 0,4 см, края неровные, нечеткие. Эвакуации нет.

 На большой кривизне у основания ригидного канала определяется

 округлое контрастное депо, свободно опорожняющееся, с ровным,

 четким контуром.

 Заключение: Раковый стеноз выходного отверстия желудка.

 Через 3 часа - весь контраст в желудке

 Через 24 часа - контраст в желудке

 Через 48 часов - без динамики.

 СВОДКА ПАТОЛОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

 АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

 Из ЖАЛОБ больного:

 1) Наличие припухлости в области передней поверхности шеи

 2) Чувство давления в области шеи

 3) Усиление чувства давления в области шеи в положении лежа на спине

 4) Чувство помехи при глотании

 Из АНАМНЕЗА:

 1) Припухлость в области передней поверхности шеи

 2) Возникновение припухлости в 1992 году

 3) Связь возникновения припухлости с тяжелым эмоциональным стрессом

 4) Постепенный рост припухлости с 1995 по 1997 год

 5) Связь начала заметного роста припухлости с принятием радоновых

 грязевых ванн

 6) Чувство давления в области шеи

 7) Усиление чувства давления в области шеи в положении лежа на спине

 8) Чувство помехи при глотании

 9) Появление чувтсва давления в области шеи и помехи при глотании

 5-6 месяцев назад

 Из данных МЕСТА ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ:

 1) При осмотре наличие припухлости на передней поверхности шеи справа

 2) Деформация за счет припухлости шеи

 3) Смещение припухлости при глотании вверх

 4) При пальпации диффузное увеличение щитовидной железы

 5) Наличие на фоне диффузного увеличения узла в правой доле

 6) Диаметр узла примерно 3,5 см

 7) Плотно-эластическая консистенция узла

 8) Четкие контуры узла

 9) Ровная поверхность узла

 10) Смещаемость узла при глотании

 11) Наличие на фоне диффузного увеличения узла в левой доле

 12) Диаметр узла примерно 2,5 см

 13) Плотно-эластическая консистенция узла

 14) Отсутствие четких контуров узла

 15) Ровная поверхность узла

 16) Смещаемость узла при глотании

 Из данных ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

 1) Эритроциты - 3,42\*10^12

 2) Hb - 107 г/л

 3) Ht - 35 %

 4) ФГС: в просвете желудка застойное содержимое

 5) инфильтрация слизистой желудка опухолью по малой кривизне,

 начиная с дна желудка

 6) сужение антрального отдела желудка за счет инфильтрации до 0,5

 см

 7) УЗИ: желудок увеличен

 8) желудок заполнен содержимым

 9) РЕНТГЕН ЖЕЛУДКА: желудок резко расширен

 10) в желудке большое количество жидкого содержимого

 11) складки слизистой не дифференцируются

 12) выходной отдел переходит в узкий канал

 13) стенки канала ригидны

 14) просвет канала до 0,4 см

 15) края канала неровные, нечеткие

 16) эвакуации нет

 17) на большой кривизне у основания ригидного канала округлое

 контрастное депо

 18) депо свободно опорожняющееся

 19) депо имеет четкие, ровные контуры

 20) задержка эвакуации контраста 48 часов

 Перечисленные выше симптомы можно объеденить в 3 основных

 синдрома.

 Ведущий синдром:1) Синдром нарушения эвакуации из желудка

 Вспомогательные синдромы:

 2) Болевой синдром

 3) Синдром алиментарной дистрофии

 По характеру имеющихся синдромов можно сделать вывод об имеющемся

 у больного необластическом поражении выходного отдела желудка,

 по-видимому имеющему форму инфильтартивного рака желудка.

 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 На основании анализа клинической картины выделены 3 синдрома,

 ведущим из которых является синдром задержки эвакуации из желудка.

 1)Исходя из этого можно сразу отмести заболевания, сопровождающиеся

 желудочным дискомфортом и/или анемизацией, для которых данный

 синдром не характерен: ЯБ желудка,гастрит лимфогранулематоз,

 В12-дефицитная анемия.

 2) Также дифференцировку не следует проводить

 с заболеваниями, сопровождающимися увеличениями соседних органов

 со сдавлением желудка, т к клинические данные и данные

 лабораторных исследований убедительно показывают отстутствие

 увеличения соседних органов, т о исключаются: опухоли и кисты

 печени, опухоли и кисты поджелудочной железы, забрюшинные опухоли,

 спленомегалия.

 Т о, в круг болезней для дифференциального диагноза будут

 включены: доброкачественные опухоли желудка, рак желудка.

 3) На основании жалоб больного на постоянную ноющую боль в

 эпигастрии средней интенсивности, усиливающуюся после приема пищи,

 чувство тяжести в верхней части живота, рвоту только что съеденной

 пищей, резкое похудание, анамнестических данных о том, что

 вышеперечисленные жалобы беспокоят больного в течении последних

 3-х недель, объективных данных о сухости и бледности кожных

 покровов, белом налете на языке, болезненности при пальпации в

 эпигастрии, пальпируемом переполненном желудке, определении нижней

 границы желудка на 1,5 см ниже пупка, отмечающегося при перкуссии

 живота шума плеска натощак, данных лабораторных анализов об

 анемии можно предположить наличие у больного доброкачественной

 опухоли выходного отдела желудка больших размеров, закрывающей

 просвет выходного отверстия.

 Но скоротечность течения заболевания несвойственна для

 доброкачественной опухоли.

 Для доброкачественной опухоли характерен ровный четкий контур

 при рентгенологическом исследовании и отсутствие прорастания в

 слизистую.

 В данном же случае при рентгенологическом исследовании желудка

 обнаружено, что выходной отдел переходит в ригидный канал с

 неровным, нечетким контуром,складки слизистой не дифференцируются.

 Также, при ренгенологическом исследовании обнаружено наличие четко

 контрастированного депо с ровным, четким контуром, что не

 характерно для доброкачественных опухолей.

 Т о, несмотря на наличие анамнестических и лабораторных данных в

 пользу данного диагноза, данные рентгеологического исследования

 позволяют исключить диагноз:доброкачественная опухоль выходного

 отдела желудка из круга поиска.

 4) На основании жалоб больного на постоянную ноющую боль в

 эпигастрии средней интенсивности, усиливающуюся после приема пищи,

 чувство тяжести в верхней части живота, рвоту только что съеденной

 пищей, резкое похудание, анамнестических данных о том, что

 вышеперечисленные жалобы беспокоят больного в течении последних

 3-х недель, объективных данных о сухости и бледности кожных

 покровов, белом налете на языке, болезненности при пальпации в

 эпигастрии, пальпируемом переполненном желудке, определении нижней

 границы желудка на 1,5 см ниже пупка, отмечающегося при перкуссии

 живота шума плеска натощак, данных лабораторных анализов об

 анемии можно предположить наличие у больного рака выходного

 отверстия желудка.

 Данные ФГС об инфильтрации малой кривизны опухолью и сужении

 антрального отдела желудка за счет инфильтрации до 0,5 см, а также

 данные УЗИ об заполненности желудка жидким содержимым подтверждают

 этот диагноз.

 Несмотря на наличие у больного алиментарной дистрофии и анемии,

 показатели крови не характерны для ракового истощения, что,

 возможно, объясняется скоротечностью нарастания симптомов,

 входящих в синдром задержки эвакуации из желудка, не давших

 времени для проявления симптомов раковой интоксикации, тк из

 лабораторных данных СОЭ - 12 мм, лейкоцитоза нет, в то время как

 для раковой интоксикации характерно резкое увеличение СОЭ и

 лейкоцитоз со сдвигом влево.

 Для рака желудка характерно наличие при рентгенологическом

 исследовании признаков нарушения структуры слизистой желудка и

 наличия депо бария с четкими краями.

 При рентгенологическом исследовании желудка данного больного

 обнаружено: складки слизистой недифференцированны,выходной отдел

 переходит в узкий канал, стенки которого ригидны, края неровные,

 нечеткие, на большой кривизне у основания ригидного канала

 округлое контрастное депо с ровными, четкими краями, задержка

 контраста в желудке до 48 часов

 Т о, на основании жалоб больного, клинических данных и данных

 лаборатоных и специальных исследований можно поставить следующий

 диагноз: Инфильтративный рак выходного отверстия желудка.

 ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 На основании жалоб больного на постоянную ноющую боль в

 эпигастрии средней интенсивности, усиливающуюся после приема пищи,

 чувство тяжести в верхней части живота, рвоту только что съеденной

 пищей, резкое похудание, анамнестических данных о том, что

 вышеперечисленные жалобы беспокоят больного в течении последних

 3-х недель, объективных данных о сухости и бледности кожных

 покровов, белом налете на языке, болезненности при пальпации в

 эпигастрии, пальпируемом переполненном желудке, определении нижней

 границы желудка на 1,5 см ниже пупка, отмечающегося при перкуссии

 живота шума плеска натощак, данных лабораторных анализов об

 анемии, данных рентгенологического, УЗ, и ФГС исследований об

 инфильтрации опухолью малой кривизны желудка от дна до выходного

 отдела и сужении последнего до 0,5 см, наличии канала с ригидными

 стенками и четкого депо бария, а также анамнестических данных о

 диагносцировавшейся в 1984 г ЯБ 12п кишки поставлен следующий

 диагноз:

 1) Основное эаболевание: Инфильтративный рак выходного отверстия

 желудка.

 2) Осложнения основного заболевания: Алиментарная дистрофия

 3) Сопутствующие заболевания: ЯБ двенадцатиперстной кишки.

 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

 В настоящее время отсутствует единая теория происхождения

 опухолей, хотя наибольшее признание получила полиэтиологическая

 теория. Не утратили своего значения и теория раздражения

 Р.Вирхова, теория эмбрионального происхождения опухолей

 Д.Конгейма, вирусно-иммунологическая теория Л.А.Зильбера.

 Полиэтиологическая теория как бы объединяет все все эти теории.

 По данным ВОЗ, 90% злокачественных опухолей возникает под

 воздействием внешних онкогенных факторов, 10% обусловлены

 генетическими изменениями и воздействием вирусов.

 Канцерогенные факторы могут быть физического, химического или

 биологического происхождения.

 Среди физических онкогенных факторов большое значение придают

 ионизирующему излучению, среди химических - полициклическим

 ароматическим углеводородам (бензпирен, бензидин и др.). Бензпирен

 выявлен в табачном дыме, в смолах, выхлопных газах двигателей и

 пр.

 Онкогенные вирусы, внедряющиеся в клетку, видимо, приводят к

 образованию онкогена, который ведет к нарушению нормальной

 регуляции клеточного деления, химические и физические онкогены

 также могут усиливать воздействие вирусов.

 Также, возможно, что под воздействием канцерогенов "спящие"

 эмбриональные клетки начинают усиленно размножаться, вызывая тем

 самым безудержный рост атипичных клеток с образованием опухоли.

 Опухоли подразделяются по 3 основным критериям: вид ткани, в

 которой развивается опухоль, локализация, морфологические

 особенности и способность к распространению.

 В зависимости от особенностей опухолевого роста и распространения

 в организме опухоли разделяют на доброкачественные и

 злокачественные.

 Доброкачественные опухоли харктеризуются наличием капсулы,

 отделяющей их от окружающей ткани, экспансивным медленным ростом,

 отсутствием прорастанияв окружающие ткани, отсутствием рецидивов и

 метастазов, относительно высокой степенью дифференцировки.

 Злокачественные опухоли характеризуются отсутствием капсулы,

 быстрым и инфильтративным ростом, способностью прорастать в

 окружающие ткани, метастазировать и рецидивировать, крайне низкой

 степенью дифференцировки, выраженным тканевым и клеточным

 атипизмом.

 Развитию злокачественных новообразований могут предшествовать

 развитие доброкачественных опухолей, так и предраковых

 заболеваний, которые обычно являются хроническими заболеваниями,

 сопровождающимися длительной травматизацией тканей. Для рака

 желудка это: самостоятельная язва желудка, полипы ЖКТ, хронический

 гастрит.

 У данного больного из факторов предрасполагающих к развитию рака

 желудка в анамнезе отмечается пристрастие к курению, употреблению

 горячей, острой и соленой пищи, а также возраст 58 лет, когда

 раковые заболевания встречаются чаще, чем в молодом возрасте.

 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 ОСЛОЖНЕНИЯ В ЕГО ТЕЧЕНИИ

 Рак желудка поражает почти одинаково часто мужчин и женщин,

 преимущественно в возрасте 40-60 лет. Анамнез при раке желудка в

 30-40% короткий. При углубленном опросе удается установить наличие

 предшествующих желудочных заболеваний (гастрит, язва). Клинические

 симптомы разнообразны и зависят от локализации и степени

 поражения. Рак выхлдного отдела желудка распознается легче всего,

 т к имеет яркую быстро нарастающую симптоматику.

 При раке желудка как правило происходит изменение общего

 состояния:похудание, снижение работоспособности,слабость,

 бледность,землистость кожных покровов, обезвоживание, сухость кожи

 или пастозность, отеки,лихорадка,изменение аппетита(снижение,

 повышение,капризность, извращение), равнодушие к работе, близким,

 психическая депрессия, анемия, мигрирующие тромбофлебиты.

 Также имеются местные симптомы: боли в эпигастрии, за грудиной,

 желудочный дискомфорт, чувство тяжести, переполнения в эпигастрии,

 быстрая насыщаемость, нарушение стула( запоры, реже поносы),

 отрыжка, тошнота, рвота, прощупывание опухоли, повторные скрытые

 кровотечения.

 В связи с локализацией опухоли в выходном отделе желудка довольно

 быстро возникают яркие симптомы, последовательно присоединяющиеся

 друг к другу: отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне,

 видимая перистальтика в эпигастрии, шум плеска натощак,

 алиментарная дистрофия, общая дегидратация. Это происходит в

 результате постепенно развивающегося стеноза выходного отверстия

 желудка.

 При раке любой локализации, в том числе и при раке выходного

 отдела, могут возникнуть осложнения в виде кровотечения,

 перфорации, пенетрации, прорастания и метастазирования в соседние

 органы.

 В случае кровотечения из опухоли будут наблюдаться следующие

 симптомы: рвота кровью, мелена, головокуружение, холодный пот,

 бледность, тахикардия, мелькание мушек перед глазами, зевота,

 одышка, снижение артериального давления.

 При перфорации опухоли будут выявляться: симптомокомплекс

 развивающегося перитонита, образование осумкованных гнойников в

 брюшной полости.

 Прорастание опухоли происходит в смежные органы, чаще всего в

 головку поджелудочной железы, левую долю печени, поперечную

 ободочную кишку, диафрагму и пр.

 При запущенной нелеченной опухоли или неэффектиности проводимого

 лечения будут наблюдаться следующие симптомы: увеличенные плотные

 надключичные лимфоузлы, увеличение и бугристость печени, плотный

 узел в пупочном кольце, увеличение и бугристость яичников у женщин

 (опухоль Крукенберга), плотное образование на передней стенке

 прямой кишки(опухоль Шницлера), множественные округлые затемнения

 в легких при рентгеноскопии, осиплость голоса, парез голосовых

 связок, неподвижность пальпируемой опухоли.

 Без соответствующего лечения рак желудка, особенно рак выходного

 отверстия через определенное время, которое зависит от скорости

 роста опухоли, ее злокачественности и возникновения осложнений,

 приводит к смерти больного, как от раковой интоксикации, так и от

 истощения, вызванного стенозом привратника и поражения жизненно

 важных органов.

 Длительность заболевания больше 1 года,1-2 стадия заболевания,

 экзофитная форма роста опухоли, дифференцированное гистологическое

 строение опухоли, отсутствие стеноза привратника позволяют сделать

 благоприятный прогноз в случае радикальной операции резекции

 кардии или тотальной и субтотальной резекции желудка по Бильроту 1

 или Бильроту 2 в одной из модификаций, при этом обязательно

 удаление большого и малого сальника.

 3 стадия заболевания, длительность заболевания менее 1 года,

 эндофитная форма роста опухоли, недифференцированное

 гистологическое строение опухоли, стеноз привратника дают

 неблагопритный прогноз даже при радикальной операции.

 4 стадия заболевания неизлечима и позволяет сделать лишь

 паллиативные операции.

 У описываемого больного имеется осложнение в виде стеноза

 привратника, приведшего к алиментарной дистрофии, дефицит веса при

 этом составляет 20 кг.

 ЛЕЧЕНИЕ

 При раке желудка применяются только оперативные методы лечния, т к

 химиотерапия и облучение в данном случае практически неэффктивны.

 На 1-3 стадии рака желудка применяются радикальные опреации: при

 экзофитных опухолях пилорического отдела субтотальная дистальная

 резекция желудка, при экзофитных опухолях кардии субтотальная

 проксимальная резекция желудка, при экзофитных распространенных

 опухолях, эндофитных опухолях любой локализации гастрэктомия.

 На 4 стадии рака применяются только паллиативные операции: при

 опухолях пилорического отдела, вызвавших стеноз привратника

 гастроэнтероанастомоз, при стенозирующих опухолях кардии

 гастростомия, при стенозирующих тотальных раках еюностомия.

 У описываемого больного диагносцирован неоперабельный рак

 пилорического отдела желудка со стенозом привратника, при этом

 больной резко ослаблен, поэтому показана паллиативнаяоперация по

 наложению гастроэнтероанастомоза. Существует два наиболее

 распространенных метода выполнения данной операции: передний

 впередиободочный гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру и задний

 позадиободочный гастроэнтеростомоз по Гаккеру-Петерсену, который и

 выбран для проведения операции.

 ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

 Больному показана операция по наложению заднего позадиободочного

 гастроэнтеростомоза по Гаккеру-Петерсену так как:

 1) Имеется неоперабельный рак пилорического отдела желудка

 2) Имеется опухолевый стеноз выходного отдела желудка

 3) Больной истощен

 Противопоказаний нет.

 Согласие больного на операцию получено.

 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

 С целью устранения алиментарной дистрофии, возникшей в результате

 ракового стеноза выходного отдела желудка показано введение

 витаминов В1, В6, В12, С, введение в/в 5% раствора глюкозы,

 раствора 9% NaCl.

 ОПЕРАЦИЯ

 10.09.96 12 часов

 Наркоз в/в с ИВЛ.

 Больному дано:

 S.Atropini 0.1% - 1.0

 S.Phentanyli 0.005% - 1.0

 S.NaCl 0.9% - 400.0

 S. HCl 30.0

 реланиум - 2.0

 ардуан - 2.0

 кетамин - 3.0

 тиопентал - 0.5

 преднизолон - 30 мг

 Операция по наложению заднего позадиободочного

 гастроэнтероанастомоза:

 Верхне-срединная лапаротомия. Желудок больших размеров, в выходном

 отделе опухоль 10\*10 см, деформирующая его. Опухоль прорастает

 головку поджелудочной железы и левую долю печени. Пальпируются

 увеличенные плотные парааортальные лимфоузлы.

 Диагноз: рак желудка, прорастающий головку поджелудочной железы и

 левую долю печени. Метастазы в парааортальные лимфоузлы.

 Для анастомоза взята петля тощей кишки длиной 8 см от flexura

 duodenojejunalis. Рассечение mesocolon transversum в вертикальном

 направлении, ниже дуги Риолана, в бессосудистой зоне. Левой рукой,

 расположенной на передней стенке желудка, произведено выпячинвание

 через отверстие в mesocolon transversum задней стенки желудка.

 Петля кишки фиксирована к желудку шелковыми швами в вертикальном

 по отношению к оси желудка направлении: приводящую петлю - ближе к

 малой кривизне, отводящую - к большой. Наложение

 желудочно-кишечного соустья по типу бок в бок. Для предотвращения

 порочного круга приводящая петля подшита к стенке желудка 3

 узловыми швами. Края отверстия в mesocolon transversum фиксированы

 несколькими узловыми швами к стенке желудка выше анастомоза.

 Послойное ушивание раны.

 В послеоперационном периоде возможно осложнение в виде порочного

 круга. Под порочным кругом понимают нарушение движения пищевых

 масс из желудка, в результате чего пища не поступает в кишечник, а

 задерживается в желудке, 12п кишке и приводящем колене тощей

 кишки, вызывая их растяжение. Развивающееся при этон заболевание

 называют синдромом приводящей петли: приводящая петля

 растягивается, сдавливает отводящую, нарушая функцию анастомоза,

 пища в ней разлагается и , попадая, в желудок, вызывает отрыжку,

 рвоту. Нередко синдром приводящей петли сочетается с

 демпинг-синдромом и с явлениями гипогликемии. Одними из причин

 этого осложнения является сужение анастомоза в результате

 длительного воспалительного процесса и его смещение вследствие

 уменьшения объема растянутого желудка. При возникновении синдрома

 приводящей петли показана реконструктивная операция - устранение

 желудочно-кишечного соустья(дегастроэнтеростомия) и

 пилороантральная резекция.

 ДНЕВНИК

 2.09.96 36.5 - 37.2 AD 120/80 72 в 1 мин

 Самочувствие плохое, состояние средней тяжести, беспокоят боли в

 эпигастральной области и чувство тяжести в верхней части живота.

 Рвота после еды. Болезненность при пальпации в эпигастрии.

 Назначено: S. Vitamini B1 1.0

 S. Vitamini B6 1.0

 в/в 2 р в д

 S. Glucosae 5%-500.0 в/в капельно

 Фиброгастроскопия

 3.09.96 36.6 -37.2 AD 120/80 73 в 1 мин

 Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

 данные без динамики.

 Назначено: S. Vitamini B12 400.0

 S. Acidi ascorbinici 5.0

 S. Glucosae 5% - 400.0 per rectum 2 р в д.

 УЗИ

 4.09.96 36.7 - 37.3 AD 115/80 71 в 1 мин

 Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

 данные без динамики.

 Назначено:

 Рентгенологическое исследование желудка

 5.09.96 36.6 -37.2 AD 120/80 73 в 1 мин

 Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

 данные без динамики.

 Назначено: S. Vitamini B12 400.0

 S. Acidi ascorbinici 5.0

 S. Glucosae 5% - 400.0 per rectum 2 р в д.

 6.09.96 36.5 - 37.2 AD 120/80 72 в 1 мин

 Самочувствие плохое, состояние средней тяжести, беспокоят боли в

 эпигастральной области и чувство тяжести в верхней части живота.

 Рвота после еды. Болезненность при пальпации в эпигастрии.

 Назначено: S. Vitamini B1 1.0

 S. Vitamini B6 1.0

 в/в 2 р в д

 S. Glucosae 5%-500.0 в/в капельно

 7.09.96 36.7 - 37.3 AD 115/80 71 в 1 мин

 Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

 данные без динамики.

 Назначено: S. Glucosae 5% - 400.0 per rectum 2 р в д

 S. Vitamini B12 400.0

 S. Vitamini B6 1.0 в/в 2 р в д.

 9.09.96 36.6 -37.2 AD 120/80 73 в 1 мин

 Самочувствие, состояние, субъективные ощущения и объективные

 данные без динамики.

 Назначено: S. Vitamini B12 400.0

 S. Acidi ascorbinici 5.0

 S. Glucosae 5% - 400.0 per rectum 2 р в д.

 10.09.96

 В 12 ч произведена операция по наложению заднего позадиободочного

 гастроэнтеранастомза.

 Доставлен из операционной в 14 ч в состоянии медикаментозного

 сна. AD 140/90 94 в 1 мин. Дыхание самостоятельное

 Назначено: S.NaCl 0.9% - 100.0

 S.Sulfocamphocaini 10% - 2.0 в/м 3 р в д

 S.Morpini 1% - 1.0 п/к

 11.09.96

 1-е сутки послеоперационного периода. Вял t= 37С. Адинамичен.

 Кахексия.AD 100/70.18 в 1м. Сердечные тоны приглушены, ритмичны.

 Живот на уровне гр. клетки.

 Диурез 750 мл

 Назначено: S.Ringeri 1000 ml в/в 2 р в д

 S.Morphini 1% - 1.0

 12.09.96

 2-е сутки послеоперационного периода. Снижено суточное количество

 мочи. По зонду отделяемого нет. t=39C AD 110/70. 22 в 1 мин.

 Гипертермия. Диурез 700 мл.

 Назначено: S.Morphini 1% - 1.0

 ЭПИКРИЗ

 Больной x 58 лет поступил в ЭХО-1 3-й

 горбольницы 1.09.96 в 15ч на машине "Скорой помощи" с

 направительным диагнозом: Новообразование желудка. ЯБ 12п кишки.

 Больной предъявлял жалобы на боль в эпигастральной области,

 чувство тяжести в верхней части живота, рвоту только что

 съеденной пищей, резкое похудание. Заболевание началось за 3

 недели до поступления больного с вышеуказанных жалоб.

 В ходе проведенных объективных, лабораторных и специальных

 исследований выявлена раковая опухоль выходного отверстия

 желудка, вызвавшая его стеноз. Поставлен диагноз: Инфильтративный

 стенозирующий рак выходного отверстия желудка. ЯБ 12п кишки.

 Проводилось общеукрепляющее и восстановительное лечение с целью

 устранения возникшей алиментарной дистрофии. В связи с

 неоперабельностью стенозирующего рака выходного отверстия желудка

 и истощением больного 10.09.96 в 12ч была проведена паллиативная

 операция по наложению заднего позадиободочного

 гастроэнтероанастомоза на короткой петле. В ходе операции

 обнаружена опухоль выходного отдела желудка размером 10\*10 см,

 деформирующая его и прорастающая в головку поджелудочной железы и

 левую долю печени с метастазами в парааортальные лимфоузлы.

 Послеоперационное течение без осложнений.

 РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЫПИСКЕ

 Рекомендуется легкооусвояемая диета, общеукрепляющее лечение,

 желательно санаторно-курортное лечение.

 ПРОГНОЗ

 Прогноз для жизни и работы неблагоприятный, т к была проведена

 палииативная операция по наложению гастроэнтеростомоза по поводу

 неоперабельного стенозирующего рака выходного отверстия желудка.

 ЛИТЕРАТУРА

 1) Курс факультетской хирургии в таблицах и схемах

 К.И. Мышкин, Л.А Франкфурт Саратов 1991

 2) Хирургические болезни

 П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер

 Ленинград "Медицина" 1976

 3) Оперативная хирургия и топографическая анатомия

 под редакцией В.В. Кованова Москва "Медицина" 1995