1. **ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст: 30.08.1953г., 59 лет.

3. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата и время поступления в стационар: 25. 03.2013., 12 30.

6. Диагноз при поступлении: Опухоль правой почки, II кл. гр. Ревматоидный артрит, серонегативный, активность 2 стадии, ФК II. Артериальная гипертензия II, риск 2.

7.Диагноз клинический:

Основной: Опухоль правой почки, II клиническая группа.

Сопутствующий: Ревматоидный артрит, серонегативный, активность 2 стадии, ФК II. Артериальная гипертензия II, риск 2.

1. **ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

Пациентка предъявляет жалобы на общую слабость.

1. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

Со слов больной, опухоль почки была выявлена 1 месяц назад при УЗИ-исследования брюшной полости в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, где пациентка находилась на стационарном лечении в ревматологическом отделении с 12.02.13 по 1.03.13 по поводу ревматоидного артрита. Для уточнения диагноза было проведено РКТ органов брюшной полости(1.03.13): КТ – признаки образования правой почки (вероятно, опухоль?), диффузных изменений печени, умеренной гепатоспленомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы. Была направлена на консультацию уролога - онколога в поликлиническое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. После повторного изучения результатов КТ выставлен диагноз: Опухоль правой почки, узелковая гиперплазия правого надпочечника. Пациентка в плановом порядке госпитализирована в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ для проведения оперативного лечения.

1. **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

Родилась 30.08.1953 г.п. Шумилино в семье рабочих. Родилась в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: простудные, бронхит, гепатит А, ревматоидный артрит. ИБС, ССН, АГII.

Гемотрансфузии: не проводилось. Наследственный, аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез: родов 2, менопауза в 48 лет.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, проживает в благоустроенном доме с мужем. Условия труда удовлетворительные, профессиональные вредности не отмечает. Санитарно-эпидемиологический и экологический анамнез удовлетворительный.

1. **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (status praesens)**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Состояние психики спокойное.

Телосложения правильное. Кожа сухая, чистая, окраска кожных покровов бледная. Видимые слизистые бледно-розовые. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Зуда нет. Оволосение по женскому типу. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Подкожная клетчатка развита умеренно.

Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, плотноэластической консистенции. Молоченые железы при пальпации мягкие, безболезненные, без очаговых уплотнений.

**Костно-мышечная система**

Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц несколько снижены. Мышцы при пальпации безболезненны.

Припухлость в области коленных суставов. Отмечается ограничение пассивных и активных движений в коленных и лучезапястных суставах. При движении во всех перечисленных суставах отмечается незначитеьная болезненность.

Состояние остальных суставов в пределах нормы.

**Система органов дыхания**

Осмотр грудной клетки

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 16 в минуту. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

Пальпация грудной клетки

Эластичность грудной клетки нормальная. Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника нет..

Перкуссия.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках перкуторный звук ясный легочной.

Топографическая перкуссия легких:

|  |
| --- |
| Нижняя граница: |
| Линии | правое легкое | левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край 6 ребра | - |
| Медиоклавикулярная | Нижние край 6 ребра | - |
| Передняя аксиллярная | Нижний край 7 ребра | Нижний край 7 ребра |
| Средняя аксиллярная | Нижний край 8 ребра | Нижний край 8 ребра |
| Задняя аксиллярная | Нижний край 9 ребра | Нижний край 9 ребра |
| Лопаточная | Нижний край 10 ребра | Нижний край 10 ребра |
| Паравертебральная | Остистый отросток 11 грудного позвонка |
| Верхняя граница легких: |
| Высота стояния верхушек легких спереди | На 4 см над ключицами | На 4 см над кличицами |
| Высота стояния верхушек легких сзади | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 5 см. | 6 см. |

Аускультация легких

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения**

Осмотр области сердца и крупных сосудов

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

Пальпация сердца и сосудов

Пульс –80 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберьи на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

Границы относительной тупости сердца

Правая: в 4-ом межреберьи по правому краю грудины.

Левая: в 5-м межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3 ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумов нет. ЧСС – 80 в 1 мин.

АД – 130/80 мм. рт. ст.

**Система органов пищеварения**

Язык влажный, не обложен. Рвоты нет. Слизистая ротовой полости бледно - розового цвета, сухая. Зев не гиперемирован. Миндалины не изменены.

Общий осмотр

Форма живота нормальной конфигурации; асимметрий и местных выпячиваний, видимой перистальтики, расширение вен на передней брюшной стенке нет; рубцов, стрий, сыпи, пигментации не наблюдается.

Пальпация живота поверхностная

Пальпаторно патологических образований в передней брюшной стенке не определяется. Живот участвует в акте дыхания равномерно.

Перкуссия живота

При перкуссии живота по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам определяется тимпанический звук.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

Общий осмотр

Форма живота нормальная, уплощение по сравнению с вертикальным положением. Местных выпячиваний нет, пупок втянут.

Перкуссия живота

Тимпанический перкуторный звук по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам; метеоризма и свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Пальпаторно асцит методом флюктуации не выявлен.

Поверхностная ориентировочная пальпация

Пальпаторно - напряжения мышц передней брюшной стенки нет.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана

При глубокой скользящей пальпации, прощупывается сигмовидная кишка в виде плотного цилиндра, безболезненного смещаемого в пределах 2см., слепая кишка диаметром 2-Зсм., умеренно напряженная, при надавливании безболезненная. Поперечная часть ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см., безболезненного, не урчащего. Большая кривизна желудка определяется методом шороха – на 3 см выше пупка.

Перкуссия печени

*Определение размеров печени по Курлову по:*

правой срединно-ключичной линии – 9см.

передней срединной линии – 8см.

левой реберной дуге – 7 см.

Пальпация печени

Печень из-под реберной дуги не выходит. Край печени закругленный, мягкий безболезненный, желчнопузырные симптомы отрицательные.

Перкуссия селезенки

Перкуторно верхняя граница определяется по средней подмышечной линии на уровне нижнего края 9 ребра, нижняя – верхнего края 11 ребра; длинник - 7 см., поперечник - 4 см.

Пальпация селезенки

Селезенка пальпируется – нет.

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**Мочеполовая система**

Выпячивания поясничной области - нет. Покраснения и отечности кожи – нет. Мочеиспускание свободное безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с слева. Справа симптом поколачивания слабо положительный. Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­ных, реберно–поясничных точек болезненности не выявляет.

**Психоневрологический статус**

Больная контактна. Речь внятная, внимание сохранено. Сознание ясное, ориентирован в пространстве, собственной личности. Болевая чувствительность незначительно снижена в области голени. Парезов и параличей нет. Бессонницы нет. Патологических симптомов нет.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании данных истории болезни (опухоль почки была выявлена 1 месяц назад при УЗИ-исследования брюшной полости в ВОКБ; данных КТ – признаки образования правой почки (вероятно, опухоль?), диффузных изменений печени, умеренной гепатоспленомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы; заключение уролога-онколога: опухоль правой почки, узелковая гиперплазия правого надпочечника) можно поставить предварительный диагноз:

Основной: Опухоль правой почки. II клиническая группа.

Сопутствующий: Ревматоидный артрит, серопозитивный, активность 2 стадии, ФК II. ИБС. ССН. ФК II. Н1. АГ II, риск 2.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**
2. ОАК.
3. ОАМ.
4. Биохимический анализ крови (общ. биллирубин, общий белок, Na, Cl, K, Ca, мочевина, креатинин, глюкоза).
5. Коагулограмма.
6. Анализ крови на HBs, anti HCV, RW.
7. Rtg органов грудной клетки.
8. Радионуклидная ренография.
9. Узи органов брюшной полости.
10. Профиль АД.
11. ЭКГ.
12. **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**
13. Общий анализ крови.25.03.13

Гемоглобин - 155 г/л

Эритроциты – 5,2 x10¹²/л

Цветной показатель - 0,9

Средний объем эритроцита(MCV) – 89,6 фл.

Среднее содержание Hb в эритроците (MCH) – 29,8пг.

Средняя концентрация Hb в эритроците (MCHC) – 333г/дл.

Тромбоциты - 195 х109 /л

СОЭ - 15 мм/ч

Лейкоциты – 8,7х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | Миелоциты | Юные | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты  |
| 1 | - | - | 1 | 1 | 70 | 20 | 8 |

2.Общий анализ мочи. 25.03.13

Плотность: 1020мг/л

Цвет: светло - желтый

Прозрачность: мутная

Реакция: кислая

Белок: 0,035г/мл

Глюкоза: нет

Лейкоциты: 12-14в п/з

Эритроциты: в большом количестве.

Эпителий плоский: 2 - 3 кл. в п/з

Оксалаты ++++

Бактерии ++

Слизь ++

Заключение: в анализе мочи наблюдается следы белка, значительное количество лейкоцитов, макрогематурия, оксалаты. Показан забор мочи с помощью катетера.

3.Биохимический анализ крови. 11.03.13

Глюкоза – 5,2 ммоль/л

Общий белок – 59 г/л

Билирубин общий – 12,88 мкмоль/л

Мочевина – 8,2 ммоль/л

Креатинин – 86 мкмоль/л

4. Гемостазограмма 26.03.13.

АЧТВ – 27,00.

ПВ – 16,8 с.

Активность протромбинового комплекса – 93,8%.

Фибриноген – 3,8 г,л.

5. Кровь на RW от 26.03.13 – отрицательно.

6. ИФА Anti HCV от 27.03.13 – отрицательно.

7. ЭКГ. 2.02.12:

Заключение: Ритм синусовый. ЧСС 67 в мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофии миокарда левого желудочка.

8. УЗИ ОБП от 1.03.13.

Заключение: Опухоль правой почки (28х22мм.), узелковая гиперплазия левого надпочечника.

9. Радионуклидная ренография от 26.03.13.

Заключение: Секреция с обеих сторон высокая. Легкое нарушение экскреторной функции почек.

10.Rtg ОГК от 25.03.13 – Заключение: ОГК без патологии.

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

 Опухоль почки следует дифференцировать от: туберкулеза почек, гидронефроза и кисты почки.

Против туберкулеза в данном случае свидетельствуют отсутствие ранее перенесенного процесса и контакта с больными туберкулезом, рубцовых сужений верхних мочевых путей, микобактерий туберкулеза в моче, пиурии, протеинурии и данные инструментальных исследований.

Против кисты свидетельствуют данные КТ, при которой опухоль почки контрастируется, а киста отличается пониженной контрастностью.

Против гидронефроза свидетельствуют отсутствие пальпируемого опухолевидного образования в подреберье, данные КТ и УЗИ (отсутствие характерных для гидронефроза увеличения почки, изменений ЧЛС).

1. **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

 Несмотря на огромное количество исследований, посвященных раку почки, этиология этой формы опухолей до сих пор не ясна. Однако выделено несколько групп факторов риска, способствующих развитию данного новообразования.

 Пол и возраст. Заболеваемость почечно-клеточным раком зависит от возраста и достигает максимума к 70 годам. Мужчины страдают данной патологией в два раза чаще, чем женщины.

 Наследственные заболевания. Болезнь Гиппеля-Линдау, болезнь Бурнвиля-Прингла, которые чаще характеризуются 2-хсторонним поражением почек, мультифо-кальным поражением с чередованием кист способствуют появлению рака почки.

 Курение. На сегодняшний день доказано, что курение табака является одним из наиболее значимых факторов риска развития различных злокачественных новообразований. Риск появления опухоли почки у курильщиков обеих половых групп возрастает с 30 до 60% по сравнению с некурящим населением. При отказе от курения вероятность развития заболевания снижается. По данным ряда международных исследований, в течение 25 лет после отказа от курения риск появления рака почки снижается на 15%.

 Ожирение. В большинстве исследований подтверждено неблагоприятное влияние чрезмерной массы тела на вероятность развития рака почки. Ожирение приводит к увеличению частоты заболеваемости почечно-клеточным раком на 20%. Колебания веса, а также значительное увеличение массы тела у взрослых являются независимыми факторами риска развития данной патологии. Механизм влияния ожирения на развитие рака почки до сих пор не ясен. Возможно, это связано с увеличением концентрации эндогенных эстрогенов и/или с биологической активностью инсулиноподобных факторов роста.

 Лекарственные препараты. Многие авторы связывают появление почечно-клеточного рака с использованием диуретических препаратов. Риск развития данной патологии у больных, получавших мочегонные средства по различным показаниям, составляет более 30%. Было установлено, что препараты, содержащие амфетамин, в значительной степени увеличивают риск развития рака почки. В литературе имеются немногочисленные сообщения о том, что прием фенацетинсодержащих анальгетических препаратов увеличивает вероятность заболевания опухолью почки.

 Заболевания почек. В больших эпидемиологических исследованиях не было выявлено достоверного увеличения частоты заболеваемости раком почки у больных мочекаменной болезнью, пациентов с кистами почек и поликистозом. Отмечен повышенный риск развития почечно-клеточного рака при терминальной стадии хронической почечной недостаточности на фоне гемодиализа.

 Профессия. Почечно-клеточный рак не является профессиональным заболеванием. Однако опубликованы данные о повышенном риске развития данной патологии у лиц, занятых на ткацком, резиново-каучуковом, бумажном производстве, имеющих контакт с промышленными красителями, нефтью и её производными, промышленными ядохимикатами, солями тяжелых металлов, при контакте с нитрозосоединениями, циклическими углеводородами, асбестом.

1. **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании данных истории болезни (опухоль почки была выявлена 1 месяц назад при УЗИ-исследования брюшной полости в \_\_\_\_\_\_\_\_\_; данных КТ – признаки образования правой почки (вероятно, опухоль?), диффузных изменений печени, умеренной гепатоспленомегалии, диффузных изменений поджелудочной железы; заключение уролога-онколога: опухоль правой почки, узелковая гиперплазия правого надпочечника); данных лабораторных и инстументальных методов исследования(в анализе мочи наблюдается следы белка, значительное количество лейкоцитов, макрогематурия; данных УЗИ: опухоль правой почки (28х22мм.), узелковая гиперплазия левого надпочечника); дифференциального диагноза можно поставить диагноз:

Основной: Опухоль правой почки. II клиническая группа.

Сопутствующий: Ревматоидный артрит, серонегативный, активность 2 стадии, ФК II. Артериальная гипертензия II, риск 2.

1. **ЛЕЧЕНИЕ**

 Основным методом лечения рака почки является хирургический. Стандартом в лечении локализованного и распространеного рака почки служит радикальная или расширенная нефрэктомия. Почку удаляют через внебрюшинный косой разрез или посредствам чрезбрюшинной лапаротомии. Во время операции необходимо избегать разрыва опухоли, попадания клеток опухоли в рану, стремиться к удалению вместе с околопочечной клетчаткой. Для предупреждения попадания в кровоток раковых клеток необходмо стремиться к возможно ранней перевязке сосудов почки. Это возможно быстрее выполнить при чрезбрюшинном доступе. При раке почки лучевая терапия и химиотерапия неэффективны. Лучевая терапия используется для лечения у детей опухоли Вильмса.

Данной пациентке показана радикальная нефрэктомия справа с ЛАЭ.

**Лечение данной пациентки.**

Операция 28.03.2013.- радикальная нефрэктомия справа с ЛАЭ.

28-29.03.13 пациентка находиласо в РАО.

Режим: полупостельный. Диета Б.

Медикаментозная терапия:

1. Премедикация:

 Sol. Atropini sulfatis 0.1% - 0.5ml

 Sol. Chloropyramine hydrochloridi - 1ml, ввести внутримышечно за 30 мин до операции.

1. Послеоперационный период.

А) Обезболивание.

 Sol. Analgini 50%-2ml

 Sol. Dimedroli 1%-1ml, внутримышечно при болях

Б) Профилактика тромбообразования: Фрагмин 5000МЕ п/к.

В) Профилактика гнойно-септических осложнений: Цефазолин 1,0 х 4 раза в день в/в.

3. Контроль АД.

4. С гипотензивной целью: Лизиноприл 10мг – 1т. утром.

5. С противовоспалительной целью: Найсулид 2,0 по 1 таблетке 2 раза в день после еды.

6.Ингибиторы протонной помпы: Омез 20 мг по1 капс. утром.

1. **ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

**28.03.2013г.** Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные слабость. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны приглушены, ритмичные. Ps 78 уд. в мин. удовлетворительных свойств, АД 130/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез в норме.

**01.04.2013г.** Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розовые. В легких везикулярное дыхание, cor –тоны приглушены, ритмичные. Ps 80 уд. в мин. удовлетворительных свойств, АД 130/90 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Повязка сухая, швы чистые. Стул, диурез в норме.

Пациентка продолжает лечение.