**Паспортная часть.**

Ф.И.О.: x

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия: пенсионер

Место жительства:

Поступил в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы.**

На момент поступления больной предъявляет жалобы на тяжесть в эпигастральной области после еды, тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, общую слабость. Похудел на 7 кг за последние 5 мес.

На момент осмотра больной предъявляет жалобы на общую слабость.

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больным с августа 1996 года, когда впервые, без видимых причин, появилась тяжесть в эпигастральной области после еды. В дальнейшем присоединилась тошнота, рвота пищей, приносящая облегчение. Отметил слабость, похудание. Госпитализирован в плановом порядке для решения вопросов о хирургическом лечении.

**Anamnesis vitae.**

Родился в Ленинграде, в рабочей семье первым ребенком. Рос и развивался нормально. Пошел в школу в 7 лет, учился хорошо. Начал трудовую деятельность в 20 лет.

Профессиональные вредности: отсутствовали. Рабочий день и рабочая неделя нормированные. В 1985 году вышел на пенсию.

Материально обеспечен удовлетворительно. Питается регулярно. Перенесенные заболевания: В детстве больной перенес малярию, детские инфекции, ОРЗ, ОРВИ. В 1990 году была произведена операция резекции щитовидной железы.

**Семейный анамнез и данные наследственности**: Наследственность не отягощена.

Вредные привычки: отрицает.

**Аллергологический анамнез:** спокойный.

**Гемотрансфузионный анамнез.** Переливаний крови не было.

**Эпиданамнез.**

Туберкулез, вен.заболевания, брюшной и сыпной тифы, гепатит отрицает. Малярия - в детстве. За последние 6 месяцев за пределы города не выезжал. Контакта с инфекционными больными не было. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в день.

**Страховой анамнез:** Пенсионер.

**Status praesens objectivus.**

Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту.

Антропометрические данные:рост 175 см., вес 64 кг., окружность грудной клетки 96 см. Нормостенический тип конституции.

Кожные покровы: бледные, нормальной влажности, чистые. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы: подглоточные, яремные, паховые, шейные, затылочные пальпируются безболезненные, мягкой эластической консистенции.

Мышечная система: Общее развитие удовлетворительное. Болезненности при пальпации нет.

Костно-суставной аппарат: Без видимых изменений. Грудная клетка обычной формы. Суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненные, активная и пассивная подвижность сохранена.

Исследование сердечно-сосудистой системы:

Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. При пальпации височных, сонных артерий верхних и нижних конечностей ощущается их пульсация. Варикозного расширения вен нет. АД 100/70 мм Hg

Осмотр области сердца.

Форма грудной клетки а области сердца не изменена. Верхушечный толчок не виден.

Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье, на 1 см. кнутри от linea axillaris anterior, протяженность 2 см., умеренной силы.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая в 4-ом м.р. - на 1 см. кнаружи от правого края грудины. Верхняя: на уровне 3-го ребра у левого края грудины. Левая: в 5-ом м.р. на 1 см. кнутри от linea axillaris anterior.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая - в 4-ом м.р. по левому краю грудины. Верхняя: на 4-ом ребре. Левая: в 5-ом м.р. на 3 см. кнутри от границы относительной сердечной тупости. Сосудистый пучок - в 1-2-ом м.р. не выступает от края грудины, правая и левая граница тупости располагается по краям грудины. При аускультации тоны сердца звучные, соотношение тонов сохранено.

Система органов дыхания.

Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 18 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание не изменено, одинаковое с обоих сторон.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое | левое |
| l. parasternslis | верх. край 6-го ребра | ------ |
| l. medioclavicularis | ниж. край 6-го ребра | ------ |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. sсapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis | 11 ребро | 11 ребро |

Высота стояния верхушек спереди: справа: 4 см; слева: 4 см; сзади - на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка. Активная подвижность легочных краев по l. axillaris posterior: справа 6 см; слева 6 см на выдохе и на вдохе.

При сравнительной перкуссии во всех отделах легких выслушивается ясный легочный звук.

Аускультация: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

Побочных дыхательных шумов нет.

Пищеварительная система.

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, обычной влажности. Язык сухой, обложен белым налетом. Полость рта не санирована. Имеются кариозные зубы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| В | + | + | к | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Н | + | к | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | к | + | + |

к - кариес +/- - есть/нет

Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот.

Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Наблюдается пульсация брюшной аорты. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация. В левой подвздошной области определяется безболезненное, плотной эластической консистенции, смещающаяся неурчащая сигмовидная кишка. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

Печень.

Печень из-под реберной дуги не выходит. Размеры печени по Курлову 10\*8\*6 см

Селезенка.

Не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно ощущается по l. axillaris media sinistra с 9 по 11-ое ребро.

Мочевыделительная система.

Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной области слева и справа безболезненное.

Нервно-психический статус.

Сознание ясное. Со стороны корковых функций патологических изменений не выявлено.

Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Парезов и параличей нет. Постоянный тремор конечностей. Оболочечные симптомы отрицательные.

**Предварительный клинический диагноз**.

На основании жалоб больного (слабость, недомогание, потеря веса), результатов объективного исследования (пальпируемое в эпигастральной области опухолевидное образование) может быть поставлен клинический диагноз: Рак желудка

Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела жлудка

**План обследования**.

1. Клинический анализ крови.

2. Биохимический анализ крови.

3. Анализ мочи.

4. Эзофагогастродуоденоскопия.

5. Ректороманоскопия.

6. ЭКГ.

7. УЗИ

.

**Результаты дополнительных методов исследования.**

Клинический анализ крови от 17.01.97г

Hb 133 г/л

Лейкоциты 5.2 109/л

Палочк. 4

Сегм. 72

Лимфоциты 21

Моноциты 3

СОЭ 22 мм/ч

Биохимический анализ крови от 16.01.97г

Альбумины 43 %

А1-глобулины 6 %

А2-глобулины 15 %

В-глобулины 20 %

Г-глобулины 16 %

АСТ 0.46 ммоль/л

АЛТ 0.12 ммоль/л

Глюкоза 4.3 ммоль/л

Калий 5.1 ммоль/л

Мочевина 3.5 ммоль/л

Билирубин 14 мкмоль/л

Исследование мочи от 17.01.97г

Цвет солом.желт.

Прозрачность - прозр.

Реакция кислая

Удельный вес - 1021

Белок - 0 г/л

Лейкоциты 0-1-2 в п/з

Эпителий ед.кл. в п/з

Эндоскопическое исследование от 16.01.97г При осмотре желудка отмечается неполное смыкание кардиального жома, гиперемия и множественные эрозии слизистой от грсреднегрудинного отдела до кардии.

В желужке большое количество светлой жидкости и остатков бария (рентген желудка - 3 нед. назад). Складки слизистой в теле желудка мягкие, в выходном отделе - в виде плотного, крупно-бугристого образования циркулярно суживающего просвет. Эндоскопом в 12-ти перстную кишку не пройти, диаметр просвета привратника не определить. Слизистая над опухолью ярко гиперемирована.

Заключение: опуоль выходного отдела желудка. Недостаточность кардия. Эрозивный эзофагит.

Группа крови А(II) Rh+

ЭКГ от 20.01.97г

RR 0.82

PQ 0.14

QRS 0.08

QT 0.42

ЧСС 73 уд/мин

Ритм синусовый. Изменения в предсердиях. Частые антревентрикулярные экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка.

УЗИ от 16.01.97г Печень в размерах не увеличена. Эхоструктура однородная. Воротная

вена 11 мм, холедох не расширен. Желчный пузырь обычной формы, размеры обычные.

Заключенние: хронический холецистит, конкремент желчного пузыря.

**Дифференциальный диагноз.**

Данное заболевание необходимо дифференцировать с

1. Дивертикул желудка

2. Инородное тело желудка

3. Язвенная болезнь

Диагноз дивертикул желудка можно отвергнуть т.к. для него характерна специфическая картина при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании, которая в данном случае отсутствует.

Против диагноза инородное тело желудка говорят данные анамнеза, рентгенологическая картина, данные эзофагогастродуоденоскопии.

Для язвенной болезни характерно: сезонная переодичность течения, суточный ритм боли, исчезновение боли при приеме антацидов - все это не характерно для нашего больного.

Окончательный диагноз. Рак желудка Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Этиология и патогенез. Рак желудка - злокачественная опухоль из клеток эпителия слизистой оболочки желудка. Среди больныхх раком желудка наиболее часто встречаются больные у которых рак развился на почве хронического гастрита (50%) и хронической яэвы (46%), реже предшествуют развитию рака полипы желудка (4%).

Хронический гастрит в развитии рака имеет ведущее значение. Наиболее благоприятным для развития рака являются те стадии хронического гастрита, когда нарушены регенераторные процессы.

Хронический гастрит не имеет специфической клинической симптоматики, проявляется желудочной и кишечной диспепсией. Желудочную диспепсию характеризует дискомфорт: ощущение тяжести, давления, переполнения после еды, боль в эпигастральной области, возникающая непосредственно после приема пищи, продолжающаяся около 1 ч; отрыжка пустая или с запахом съеденной пищи, срыгивания; тошнота, эпизодическая рвота аппетит чаще понижен, иногда анорексия, отвращение к пище. Кишечная диспепсия: метеоризм урчание, запоры, понос. Заболевание сопровождается астенизацией, похуданием, анемией. Секреторная способность желудка у больных с атрофическим гастритом понижена. Рак, развившийся на фоне гастрита, чаще локализуется в выходном отделе желудка. Заболеваемость раком среди людей, перенесших резекцию желудка по поводу неонкологических заболеваний (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), наблюдается через 5 - 15 лет после операции. Частота заболеваемости в 3 раза больше, чем среди обычного населения. Рак культи желудка развивается после резекции желудка по способу Бильрот-II чаще, чем после резекции желудка, завершенной анастомозом по способу Бильрот-1. После резекции желудка в культе желудка развивается гастрит. Атрофия слизистой оболочки культи желудка у 80% больных наступает уже через год после операции. Наряду с этим происходит кишечная метаплазия. В развитии гастрита культи желудка определенное значение имеет рефлюкс желчи. Клиника рака культи желудка характерных признаков не имеет. Общая слабость, утомляемость, снижение работоспособности, "жедудочный дискомфорт" принимаются за проявления постгастрорезекционных расстроиств. Следует учитывать, что постгастрорезекционные синдромы развиваются вскоре после резекции желудка, а появление указанных симптомов в поздние сроки после операции (5 - 15 лет) может быть обусловлено развитием рака в культе желудка. Больные, перенесшие резекцию желудка по поводу неонкологических заболеваний, относятся к группе лиц повышенного онкологического риска. К предраковым заболеваниям относится гигантский гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие). При этом заболевании происходит гипертрофия желудочных желез, эпителий которых состоит из большого количества слизесекретирующих клеток, образующихся в результате метаплазии главных и париетальных клеток. Патогномоничных признаков нет, наблюдается желудочная диспепсия. Боль в эпигастральной области иногда может быть идентична боли, возникающей при язвенной болезни. Наблюдаются похудание, отеки. Развивается железодефицитная анемия и гипопротеинемия. Последняя может быть обусловлена пропотеванием белка в просвет желудка. Показатели желудочной секреции могут быть низкими, нормальными, высокими. Хроническая язва желудка перерождается в рак у 10 - 15% больных. Язва желудка развивается на фоне предшествующего гастрита на границе измененной слизистой оболочки с кислотопродуцирующей слизистой оболочкой, обычно на уровне угла желудка. Рак может развиться в одном из краев язвы, в дне ее или из рубца зажившей язвы. По мнению некоторых исследователей, предраком является не сама язвы, а периульцерозный атрофический гастрит. При обнаружении язвенного дефекта в желудке (во время рентгенологического или эндоскопического исследования врачу важно решить главный вопрос, является ли язва злокачественной или доброкачественной. Язвы, локализующиеся на большой кривизне желудка, у 90% больных оказываются злокачественными. Решающее значение в дифференциальной диагностике доброкачественной язвы с малигнизированной язвой или с первичноязвенной формой рака желудка принадлежит данным гастробиопсии - цитологическому и гистологическому исследованию) биоптатов. Однако данные морфологического исследования могут быть ложноотрицательными при неадекватной биопсии. Однократный забор биопсии дает лишь 50% подтверждений рака. Забор биопсийного материала из нескольких участков (до 8) позволяет морфологически подтвердить диагноз рака в 100% случаев. Малигнизация хронической язвы может наступить в различные сроки язвенного анамнеза, в любом возрасте больного, однако чаще у больных среднего и старшего возраста с многолетней давностью анамнеза язвенной болезни. Клинические проявления малигнизации язвы желудка практически указывают на запущенный рак, а не на раннюю стадию его развития. К признакам малигнизации язвы желудка относят: изменение течения язвенной болезни желудка (исчезновение периодичности, цикличности, сокращение периодов ремиссии); изменение характер болей (менее резкие, но постоянные, не зависящие от приема пищи); ухудшение аппетита; прогрессирующее похудание; немотивированную слабость; уменьшение Болезненности при пальпации живота . Полипы и полипоз желудка. Термином <полип> называют всякую опухоль, независимо от ее микроскопического строения свисающую на ножке из стенки полого органа в его просвет. Наиболее часто полипы локализуются в желудке, затем в прямой и ободочной кишках, реже в пищеводе, двенадцатиперстной и тонкой кишке. Различают: железистые, или аденоматозные полипы (аденомы) гиперпластический или гиперрегенераторный полип и воспалительный фиброзный полип . Гистологические формы аденоматозных полипов: папиллярная (виллезная), тубулярная, папиллярно-тубулярная. Локализуются полипы преимущественно в антральном отделе, реже в теле и еще реже в проксимальном отделе желудка. Диаметр полипов варьирует от нескольких миллиметров до 5 см. Различают одиночный полип. множественные полипы и полипоз (аденоматоз) желудка. О полипозе говорят в случаях, когда полипов так много, что их трудно сосчитать. В механизме развития полипов решающее значение отводят неправильному течению регенераторного процесса в слизистой оболочке. Иными словами, полип представляет проявление дисрегенераторной гиперплазии слизистой оболочки желудка. Железестый или аденоматозный, полип (аденома) относится к предраковому заболеванию желудка. Гиперпластические полипы представляют начальную стадию аденом, возникновение в них рака тоже возможно. Малигнизация полипа более вероятна с увеличением его размеров и при множественных полипах. Несравненно чаще при полипах тела и кардиального отдела (у 62,4% больных), чем при полипах, локализующихся в антральном отделе (у 35,5% больных) .

Клиника и диагностика: полипы могут протекать бессимптомно или проявляются признаками атрофического гастрита, на фоне которого они возникли. Начало заболевания постепенное длительность анамнеза от нескольких месяцев до нескольких лет. Чувство тяжести и распирания в эпигастральной области в основном связано с приемом пищи, боль ноющего характера возникает в ранние сроки после приема пищи, продолжается иногда 2 - 3 ч, а затем стихает. Аппетит понижен или отсутствует. Наблюдается отрыжка, тошнота, неустойчивый стул. Слабость, головокружение могут быть обусловлены анемией. Для выявления малигнизации полипа, проведения дифференциального диагноза между полипом и экзофитным раком необходимо определение гистологической структуры полипа. Окончательный диагноз возможен только после электроэксцизии полипа, проведения цитологического и гистологического исследования удаленного полипа.

**Способы лечения.**

1. Резекция желудка.

2. Гастрэктомия.

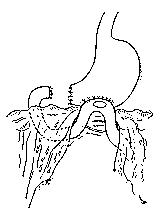
**План лечения**.

В данном случае необходимо произвести радикальную операцию - субтотальную резекцию желудка по Бильрот-2.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Описание операции.

Брюшную полость вскрывают верхним срединным разрезом.



**Первый этап** -- мобилизация желудка путем освобождения удаляемой его части от связок (lig. gastrocolicum, lig. hepatogastricum) с одновременной перевязкой сосудов. Выводят желудок и толстую кишку в рану, ассистент разводит их так, чтобы натянуть lig. gastrocolicum. Связку рассекают в бессосудистом месте и приступают к мобилизации удаляемой части желудка по большой кривизне . Для этого через образованное в связке отверстие пальцами оттесняют или отслаивают расположенную позади mesocolon transversum, чтобы не повредить проходящую в ней к поперечноободочной кишке а. colica media. Lig. gastrocolicum последовательно рассекают между зажимами Кохера, накладывая на пересеченные участки лигатуры. Таким путем изолируют большую кривизну желудка на необходимом протяжении: влево -- до намеченных границ резекции (как правило, до малососудистого поля большой кривизны на месте стыка правой и левой желудочно-сальниковых артерий), вправо -- до начальной части двенадцатиперстной кишки. Для мобилизации малой кривизны по задней стенке желудка проводят указательный палец к малому сальнику и, тупо проделав в нем отверстие на уровне антрального отдела желудка, оттягивают желудок влево и вниз. Рассекают бессосудистую часть малого сальника (lig. hepatogastricum); накладывают на а. gastrica dextra, а затем на а. gastrica sinistra две прочные лигатуры и между ними сосуды пересекают. Наложение лигатуры на центральный отрезок левой желудочной артерии является наиболее ответственным моментом в процессе мобилизации желудка (накладывают двойную лигатуру) и может быть произведено на следующих этапах операции .

**Второй этап** -- отсечение желудка по правой границе резекции и обработка культи двенадцатиперстной кишки . Перед тем как отсечь правый конец желудка, находят начальную петлю тощей кишки и через отверстие, сделанное в mesocolon, выводят ее в верхний этаж, в bursa omentalis, где удерживают посредством наложенного на нее эластического жома или проведенной через ее брыжейку толстой шелковой ниткой. На мобилизованный верхний отдел двенадцатиперстной кишки накладывают жом Пайра; под двенадцатиперстную кишку подводят марлевую салфетку; все поле операции отгораживают большими марлевыми салфетками. Тотчас выше привратника на удаляемую часть желудка накладывают жесткий раздавливающий жом. Затем между жомами пересекают двенадцатиперстную кишку ниже привратника и разрез ее смазывают йодом. Культю желудка укрывают большой марлевой салфеткой и откидывают влево. Приступают к закрытию культи двенадцатиперстной кишки. Для этого применяют шов Мойнигена или сквозной обвивной шов, который погружают серозномышечным-кисетным швом . Для закрытия культи используют также аппарат УКЛ-60, а затем погружают линию аппаратного шва узловыми серозно-мышечными. Шов культи двенадцатиперстной кишки дополнительно укрепляют, фиксируя к ней 3 -- 4 кетгутовыми швами брюшину и фасцию (капсулу) прилегающего участка поджелудочной железы.

**Третий этап** -- удаление желудка и наложение желудочно-кишечного соустья. Наложенный на правый (пилорический) конец желудка жом временно снимают, содержимое желудка удаляют электроотсосом, жом снова накладывают и культю укутывают марлевой салфеткой. Соответственно линии левой границы отсечения желудка накладывают в поперечном к оси желудка направлении два зажима Кохера. Зажимы накладывают со стороны малой и большой кривизны навстречу друг другу: верхний (со стороны малой кривизны) зажим захватывает 2/3 поперечника желудка, нижний (со стороны большой кривизны) -- 1/3 его. Дистальнее (правее) и параллельно этим зажимам, на удаляемую часть желудка накладывают на всю его ширину раздавливающий жом Пайра. После тщательной изоляции марлевыми компрессами отводят влево и кверху удаляемую часть желудка и отсекают ее скальпелем по раздавливающему жому . Затем приступают к ушиванию верхней части культи желудка по зажиму, наложенному со стороны малой кривизны. Ушивание производят непрерывным сквозным кетгутовым швом через все слои вокруг зажима, шов начинают внизу от места соприкосновения носиков зажимов и ведут по направлению кверху, к малой кривизне. Сняв верхний зажим, производят затягивание шва за его концы в тот момент, когда он дошел до малой кривизны. Затем таким же обвивным сквозным швом шьют в обратном направлении к большой кривизне до носика оставшегося нижнего зажима ; здесь конец этого шва связывают с его началом. Закрыть просвет можно также гемостатическим швом: шьют непрерывным швом в том же направлении к малой кривизне, но все время под зажимом, прокалывая стенки последовательно то с передней, то с задней поверхности, причем каждый последующий вкол делают позади последнего выкола; дойдя до малой кривизны, зажим снимают; затем той же ниткой, уже обвивным швом, возвращаются обратно к началу шва; концы связывают, не обрезая их. После окончания глубокого сквозного шва приступают к наложению серозно-мышечных узловых шелковых швов. Этими швами постепенно погружают угол, образуемый краем культи желудка и малой кривизной, ушивая при этом также участок десерозированной при перевязке левой желудочной артерии . Ушивать верхний участок просвета желудка можно также с помощью аппарата УКЖ-7 (ушиватель культи желудка) танталовыми скобками. Аппарат производит закрытие просвета культи двухрядным швом; это ускоряет ход операции и обеспечивает герметичность. Теперь к задней стенке культи желудка на участке нижней, не ушитой части пришивают рядом серозно-мышечных швов выведенную петлю тощей кишки. Сначала соединяют приводящий и отводящий концы петли; приводящий конец, взятый на расстоянии 8 -- 10 см от flexura duodenojejunalis, фиксируют несколькими серозно-мышечными швами к нижнему участку ушитой культи, а затем отводящий конец петли фиксируют узловым швом у большой кривизны; таким образом, приводящий конец петли будет обращен кверху, к малой кривизне культи, а отводящий -- книзу, к большой кривизне. После этого рядом узловых серозно-мышечных швов соединяют обращенные друг к другу стенки петли кишки и задней стенки культи желудка . Соединение их надо производить так, чтобы линия шва на кишке шла не строго продольно оси кишки, а по спирали. Нити всех серозно-мышечных швов срезают, за исключением первого и последнего. Поле операции обкладывают марлевыми компрессами и вскрывают тощую кишку параллельно линии наложенных швов; затем нижний, захваченный зажимом Кохера участок культи отсекают и удаляют электроотсосом содержимое желудка . Подтягивая желудок и подшитую к нему кишку за оставленные нити первого и последнего швов, приступают к наложению непрерывного кетгугового шва на задние губы анастомоза через все слои . Закончив ушивание задних губ анастомоза, продолжают шов на передние губы анастомоза при помощи вворачивающего шва Шмидена . Образуемое соустье занимает нижнюю треть просвета желудка. Изолирующие салфетки меняют и накладывают ряд серозно-мышечных узловых шелковых швов, закрывающих линию внутреннего шва анастомоза. Приводящую петлю тонкой кишки подтягивают к ранее ушитому участку культи вновь образованной малой кривизны и фиксируют ее 2 - 3 серозно-мышечными швами. Проверяют проходимость (ширину) анастомоза. Большой сальник с поперечноободочной кишкой откидывают кверху, выводят анастомоз через окно в mesocolon и фиксируют.

Диагноз

Рак желудка

Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела жлудка

**Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначения |
| 16.01.97 | Жалобы на тяжесть в эпигастрии, общую слабость, недомогание. Сознание ясное. Кожные покровы бледные.сухие. Пульс 74 уд. в мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, суховат. Живот не вздут. При пальпации мягкий , безболезненный.  Стул, мочеиспускание в норме. |  |
| 18.01.97 | Жалобы на тяжесть в эпигастрии, общую слабость. Сознание ясное. Кожные покровы бледные.сухие. Пульс 70 уд. в мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, суховат. Живот не вздут. При пальпации мягкий , безболезненный. Определяется растянутый желудок и шум плеска.  Стул, мочеиспускание в норме. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20.01.97 | Жалобы на тяжесть в эпигастрии, общую слабость, недомогание. Сознание ясное. Кожные покровы бледные.сухие. Пульс 74 уд. в мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, суховат. Живот не вздут. При пальпации мягкий , безболезненный.  Стул, мочеиспускание в норме. |  |
| 21.01.97 | Жалобы на тяжесть в эпигастрии, общую слабость. Сознание ясное. Кожные покровы бледные.сухие. Пульс 70 уд. в мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, суховат. Живот не вздут. При пальпации мягкий , безболезненный. Определяется растянутый желудок и шум плеска.  Стул, мочеиспускание в норме. |  |
| 22.01.97 | Жалобы на тяжесть в эпигастрии, общую слабость, недомогание. Сознание ясное. Кожные покровы бледные.сухие. Пульс 74 уд. в мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, суховат. Живот не вздут. При пальпации мягкий , безболезненный.  Стул, мочеиспускание в норме. | Ergniti 0.01 1т 4 раза в день  Niphedipini 0.01 1т 3 раза в день |

Срок курации закончился до произведения операции.

**Эпикриз**

Больной x 16.01.97 в плановом порядкепоступил в хирургическую клинику для обследования и лечения. При поступлении предъявлял жалобы на тяжесть в эпигастральной области после еды, тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, общую слабость, похудание за короткое время на 7 кг.

В результате полученных данных: анамнез, осмотр и лабораторные исследования ( 1. Клинический анализ крови, 2. Биохимический анализ крови, 3. Анализ мочи, 4. Эзофагогастродуоденоскопия, 5. Ректороманоскопия, 6. ЭКГ, 7. УЗИ ) , был поставлен диагноз:

Рак желудка Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Больному показана операция “ Cубтотальная резекция желудка по Бильрот - 2 “.

Дальнейшее ведение больного невозможно в связи с окончанием срока курации.

Диагноз: Рак желудка Осл: субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.