ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПО ХИРУРГИИ.

1. Паспортная часть

 Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_

 Пол мужской

 Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Профессия инженер

 Дата и час поступления в клинику 19 марта 1996 года

2. Жалобы при поступлении : на тошноту которая как правило заканчивается рвотой, возникающую через 1- 2 часа после приема острой, соленой, жареной пищи и алкоголя. (Рвотные массы без примеси крови и желчи.)

Жалобы со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем: на одышку, сердцебиение, слабость в ногах при физической нагрузке ( подъем на второй этаж, ходьба быстрым шагом). Одышка и сердцебиение в покое проходят через 10 - 15 минут. Также предъявляет жалобы на перебои сердцебиения в покое возникающие один два раза в день.

 Жалоб со стороны нервной и мочеполовой системы нет.

3. История болезни. Считает себя больным с начала декабря 1995 года , когда впервые отметил повышение температуры до 38,8 С, общую слабость, быструю утомляемость во время работы, больной расценил это состояние как грипп и лечился самостоятельно ( анальгин 2 таблетки в день, эритромицин 2 таблетки 2 раза в день, витамин С по 2-3 драже в день). Состояние несколько улучшилось: температура стала 37,2 , общая слабость несколько уменьшилась однако больной отмечал быструю утомляемость во время работы и снижение работоспособности. Через 1- 2 дня возникали подобные эпизоды повышения температуры однако больной лечился самостоятельно при этом температура ниже 37,0 никогда не снижалась. Примерно 1- 2 января спустя 1 час после приема алкоголя и острой пищи больной почувствовал чувство дискомфорта в эпигастральной области, вскоре появилась тошнота которая закончилась рвотой. Рвотные массы были без примеси крови и желчи, рвота принесла облегчение. При более детальном опросе выяснилось что подобные эпизоды имели место у пациента в течение последних двух лет, однако он связывал их с переходом на грубую пищу и не придавал этому особого значения.(за последние 2 года потерял в весе на 15 кг, без видимых причин.) В это же время заметил что кал приобрел темно черную окраску . В последующем возникали подобные эпизоды , больной расценивал это как переедание острой пищей и не придавал этому особого значения. 19 февраля во время очередного ухудшения общего состояния: помимо слабости и быстрой утомляемости во время работы появилось чувство тяжести в ногах, сердцебиение одышка которые возникали при небольшой физической нагрузке ( подъем на 1 этаж).Пациент вызвал на дом участкового врача, который поставил диагноз ОРЗ рекомендовал постельный режим в течение 3 дней, анальгетики, витамин С, антигриппин. Больной улучшение состояния не отмечал поэтому через пять дней обратился в поликлинику по месту жительства с теми же жалобами. В поликлинике больному были сделаны клинический анализ крови и анализ мочи. На основании данных клинического анализа крови ( СОЭ 65 мм\ч, гемоглобин 65 г/ л) была заподозрена миеломная болезнь. Больной был госпитализирован в клинику внутренних болезней ( 16-3) больницы Петра Великого для подтверждения диагноза. В течение 2 недель пребывания в клинике были произведены лабораторные ( клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи) и инструментальные исследования ( рентгенография черепа, легких, ректороманоскопия, фиброгастроскопия, стернальная пункция и исследование клеточного состава красного костного мозга ). В ходе обследования на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных диагноз миеломная болезнь был отвергнут. Однако при фиброгастродуоденоскопии была выявлена опухоль желудка. С диагнозом карциноматоз желудка пациент был переведен в факультетскую хирургическую клинику им. проф. В.А. Оппеля для дальнейшего лечения.

4. История жизни больного.

Родился в 1950 году в городе Ленинграде, третьим ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания средней школы поступил в ЛИАП который успешно закончил. с 1970 по 1972 служил в рядах Советской армии офицером. С 1972 года и по настоящее время работает в институте имени Бонч-Бруевича заведующим лаборатории.

 Семейный анамнез: женат с 1967 года имеет сына 26 лет.

 Второй раз женат с 1986 года, от второго брака детей нет.

 Наследственность: родной дядя страдает язвенной болезнью желудка, сестра страдает язвой двенадцатиперстной кишки с 13 летного возраста. Мать пациента страдает сахарным диабетом.

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 22 года, работал в лаборатории ЛИАПа по специальности инженер. Рабочий день нормирован, работа не связана с физической нагрузкой и гиподинамией однако имеется постоянная эмоциональная нагрузка. Контакта с вредными веществами и воздействием неблагоприятных физических факторов нет. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекции не было. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжал

Эмоционально-нервно психический анамнез : отмечает постоянные стрессы на работе.

Перенесенные заболевания: туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 25 лет по пол пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Гемотрансфузионный анамнез: группа крови , резус положительная. Гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств и бытовых веществ не отмечает.

Страховой анамнез : больничный лист с 19 февраля 1996 года.

5. Объективное исследование состояния больного.

 Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно ( толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной бледные, чистые. На лице в области скуловых дуг с обеих сторон отмечаются телеангиоэктазии. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность несколько снижена. Ногтевые пластинки по краям расслаиваются. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

 Костно-мышечная система. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

 Сердечно-сосудистая система. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок на пальпируется.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

Граница местонахождение

правая на 2см кнаружи от правого края

 грудины в 4 межреберье

верхняя на 4 ребре у левого края грудины

левая на 2 см кнаружи от среднеключичной

 линии в 5 межреберье.

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

правая левого края грудины в 4 межреберье

верхняя у левого края грудины на 4 ребре

левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5

 межреберье

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, ослаблены на верхушке, ритмичные. В точке Боткина отчетливо прослушивается систолический шум.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное небольшой глубины ( при смене положения из горизонтального в вертикальное дыхание становится более поверхностным ).Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезне4744нная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется выраженный коробочный звук.

 Топографическая перкуссия легких:

 линия справа слева

l.parasternalis 5 ребро -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7

l.axillaris media 8 ребро 9 ребро

l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро

l. scapulars 10 межреберье 10 межреберье

l.paravertebralis на уровне остистого отростка

 11 грудного позвонка

Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 5 см 5 см

сзади на уровне остистого отростка 7

 шейного позвонка

Подвижность легочных краев

 справа 3 см

 слева 2 см

Аускультация легких: дыхание ослабленное, что более выражено при аускультации в нижних отделах легочных полей.

 При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

Система органов пищеварения.

Осмотр ротовой полости: губы сухие атрофичные, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. В эпигастральной области слева определяется образование округлой формы размером примерно 3 на 5 см, безболезненное, легко смещаемое.

 При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

 ЖЕЛУДОК. границы не определяются,отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается.

КИШЕЧНИК. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.

Желчный пузырь не прощупывается. Симптом Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА. не прощупывается.

СЕЛЕЗЕНКА. Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

ПРЯМАЯ КИШКА. Кожа около ануса обычного цвета, без повреждений. Отмечаются 2 наружных геморроидальных, спавшихся узла. Обследование кишки до 5 см.

Болезненности при прохождении пальца нет. Тонус сфинктера сохранен. Болезненности и нависания стенок кишки не отмечается. Предстательная железа не пальпируется.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички , плотноэластической консистенции.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

7.Предварительный клинический диагноз.

 На основании жалоб больного на тошноту которая возникает через 1-2 часа после приема острой, соленой пищи или алкоголя, сопровождается чувством дискомфорта в эпигастральной области. Тошнота как правило заканчивается рвотой которая приносит облегчение, рвота без примеси крови и желчи; а также на основании жалоб со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы: резкую слабость, одышку, сердцебиение, тяжесть в ногах которые возникают при легкой физической нагрузке ( при поступлении больной отмечал данные явления при подъеме на 1 этаж, в настоящее время при подъеме на 2 этажа) и проходят в покое через 10-15 минут,

 а также на основании жалоб общего характера: слабость которая нарастает к вечеру, быстрая утомляемость во время работы; также на основании анамнеза заболевания: чувство дискомфорта и тяжести в эпигастральной области после приема пищи которые впервые появились в 1993 год, снижение веса на 15 кг за два последних года) в начале декабря 1995 года стойкое повышение температуры, которая не купировалась противовоспалительными средствами, лишь периодически больной отмечал снижение температуры до 37,0 однако через 1-2 дня температура опять поднималась до 38,7 - 39 . Примерно с того же времени пациент отмечает периодическое появление тупой боли наряду с тошнотой и чувством дискомфорта в эпигастральной области которые возникают после приема острой, соленой или жареной пищи и алкоголя (даже в небольших количествах), тошнота как правило заканчивалась рвотой приносящей облегчение, периодически больной отмечает черный стул; на основании объективного исследования: при исследовании сердечно -сосудистой системы выявлено: пульс 89 ударов в минуту, ненапряженный, удовлетворительного наполнения, низкий; приглушение сердечных тонов, систолический шум в точке Боткина, при исследовании дыхательной системы выявлено: при перкуссии грудной клетки выявляется коробочный звук над всей поверхностью легочных полей, ослабление голосового дрожания при пальпации грудной клетки и ослабление проведения голосовых шумов при бронхофонии. При ииследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено образование в эпигастральной области размером 5 на 3 см плотное, не смещаемое, безболезненное( возможно увеличенная левая доля печени ). На основании данных лабораторных исследований которые были проведены во время нахождения больного в клинике внутренних болезней 16-3 пав.: снижение гемоглобина до 56 г\л , эритроцитов до 1.9 на 10 в 12 степени на литр крови, увеличение СОЭ до 45 мм в час, увеличение количества тромбоцитов до 600, а также на основании проведенного инструментального исследования: при фиброэзофагогастроскопии выявлено: карцинома желудка на фоне атрофического гатсрита; поставлен предварительный диагноз: карцинома антрального отдела желудка, 3 стадии, на фоне атрофического гастрита.

Сопуствующие заболевания : ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения .

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Лабораторные исследования

 1. клинический и биохимический анализ крови

 2.анализ мочи

 3. анализ кала на яйца глист, химическое исследование кала, реакция Грегерсена на скрытую кровь.

Инструментальные исследования

 1. фиброгастроскопия, биопсия и цитологическое исследование биоптата для верификации диагноза

 2. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

 3. ректороманоскопия

8.Данные анализов и специальных исследований.

Клинический анализ крови от 24.02.96.

гемоглобин 56 г\л

эритроциты 1.97 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.86

количество лейкоцитов 5.7 10 в 9 степени на литр

 эозинофилы 1

сегментеоядерные 4

лимфоциты 20

моноциты 15

СОЭ 25 мм\ч

анизоцитоз ++, пойкилоцитоз+++

гипохромия ++

 Клинический анализ крови от 16.03.96

гемоглобин 60 г\л

эритроциты 3.1

тромбоциты 600 10 в 8 степени на литр

анизо и пойкилоцитоз +++

 Клинический анализ крови от 24.03.96

гемоглобин 86 г\л

эритроциты 3.01

цветной показатель 0.82

количество лейкоцитов 11.6

палочкоядерные 5

сегментоядерные 74

СОЭ 50 мм\ч

анизо и пойкилоцитоз +++

гипохромия+

Анализ мочи 19.03.96.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-4 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Биохимический анализ крови от 27.03.96.

белок общий 64

альбумин 38

альфа 1 глобулин 6

альфа 2 глобулин 16

гамма глобулин 19

тимоловая проба 17

 сулемовая проба 2.0

АСТ 0.20

АЛТ 0.26

 общий билирубин 6

мочевина 5.0

холестерин и креатинин в пределах нормы.

Биохимический анализ крови от 28.03.96

белок общий 63

альбумин 36

тимоловая проба 11

сулемовая проба 5.1

калий 5.1

липопротеиды 43

Данные инструментальных исследований

Ректороманоскопия: стенки кишки эластичные, цвет кишки обычный, патологического содержимого нет,складки слизистой обычные,слизистая бледно-розовая, ранимость слизистой отсутствует, сосудистый рисунок выражен, сфинктер без особенностей, наружные геморроидальные узлы, спавшиеся.

Заключение: наружные геморрой, хронический проктосигмоидит.

Рентгенография черепа 11.03.96. костно-деструктивных изменений не выявлено.

ЭКГ от 7.03.96 : неполная блокада ножки пучка Гисса, возможны нарушения питания миокарда передней стенки.

Фиброгастроскопия: пищевод не изменен, кардиальный жом смыкается полностью, в желудке небольшое количество светлой жидкости, складки слизистой желудка располагаются хаотично, местами не прослеживаются, слизистая желудка бледно-розовая, на 51-52 см от края резцов, примерно на 11 см ниже кардии выявляется бугристое образование, покрытое гиперемированной ранимой слизистой с изязвлениями плотное при биопсии, распространяется до привратника. Биопсия из выходного желудка и тела. Через привратник пройти не удалось. Перистальтика не прослеживается. Заключение: эндоскопическая картина карциномы желудка на фоне атрофического гастрита.

9. Дифференциальный диагноз.

 Дифференциальную диагностику рака желудка необходимо провести с хроническим атрофическим гастритом, стенозом привратника как осложнения язвы пилорического отдела желудка, полипозом желудка .

Ведущими симптомами в картине заболевания у пациента являются тошнота возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери вследствие изъязвления рака и возможно длительно протекающего атрофического гастрита .Потеря в весе на 15 кг в течение последних 2-х лет, а также отвращение от жирной пищи появившееся примерно с того же времени.

 Стеноз пилорического отдела желудка как осложнение язвенной болезни. Жалобы больного при стенозе как осложнения язвы пилорического отдела и стеноза возникшего в результате стенозирования опухолью аналогичны. Однако в первом случае характерен длительный язвенный анамнез предшествующий возникновению стеноза(анамнез при этом будет включать жалобы больного на голодные,ночные боли, возникающие через 1.5 - 3 часа после приема пищи,изжога, имеющая суточный ритм возникновения, рвота возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, прием антацидов также облегчает состояние больного. обострения заболевания в осенне-весенние периоды.) Клиника стеноза у нашего пациента развивалась без предшествующего язвенного анамнеза, постепенно, без каких либо резких обострений в осенне-весенние периоды. Решающим диффернецильно-диагностическим моментом является фиброгастроскопия при которой обнаружена опухоль выходного отдела желудка.Следовательно стеноз возникший как осложнение язвы пилорического отдела также как и язвенная болезнь желудка должны быть исключены из ряда возможных заболеваний у пациента. на основании как клинических данных так и данных инструментального исследования.

 Полипы и полипоз желудка. полипы имеют вид выступающих в просвет желудка округлых образований,расположенных на тонкой ножке или широком основании. Полипы локализуются преимущественно в антральном отделе желудка,примерно у половины больных бывают множественными. Заболевание часто протекает бессимптомно, в других случаях жалобы зависят от сопутствующего гастрита.Больных беспокоит боль в эпигастральной области,иногда она связана с приемом пищи. Боль тупая, неинтенсивная, без иррадиации. Наблюдается чувство тяжести и давления в подложечной области, тошнота, изжога,отрыжка пищей или воздухом. Эти признаки также имеют место у нашего больного однако в клинике заболевания у нашего больного имеется выраженная анемия ( снижение гемоглобина до 70 г на л, повышение СОЭ до 65 мм\ч, увеличение количества тромбоцитов - патогномоничные изменения крови для рака желудка), снижение веса на 15 килограмм втечение 2 лет, лихорадка без видимых причин, общая слабость и повышенная утомляемость которые не характерны для полипоза. При фиброгастроскопии у нашего больного выявлен бугристое образование с неровными краями, складки над ним не прослеживаются не прослеживаются в то время как при эндоскопическом исследовании полипы имеют вид шаровидных или овальных образований с гладкой поверхностью,четко отграничены от окружающей ткани, цвет их обычно краснее , чем слизистая оболочка желудка. Таким образом диагноз полипоз желудка следует исключить из ряда возможных заболеваний у нашего пациента.

 Хронический атрофический гастрит характеризуется атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка и его секреторной недостаточностью, выраженными в различной степени. Для этого заболевания характерно развитие желудочной и кишечной диспепсии ( неприятный вкус во рту, тошнота, особенно по утрам, отрыжка воздухом, урчание и переливание в животе, запоры или поносы) , ощущение давления и распирания в эпигастральной области после еды.

Эти симптомы в невыраженной степени ( пациент связывал их с переходом на прием более грубой пищи) имели место у нашего больного в течение последних лет, однако за последний год они несколько видоизменились ( ощущение распирания, давления в эпигастральной области усилилось, после обильной пищи стала появляться тошнота которая как правило заканчивалась рвотой, вне приема пищи эти ощущения не беспокоили больного, аппетит был сохранен однако больной начал терять постепенно в весе, вскоре стали проявляться признаки анемии ( одышка и сердцебиение при привычной физической нагрузке, быстрая утомляемость во время работы, слабость)). Таким образом этот диагноз не может быть отвергнут и скорее всего хронический атрофический гастрит протекавший в невыраженной форме явился основой для развития рака желудка у нашего больного, в пользу этого свидетельствуют данные фиброгастроскопии при которой обнаружены атрофические изменения слизистой желудка.

12.Окончательный диагноз: рак желудка 3 стадия,

Осложнения основного заболевания: хроническая постгеморрагическая анемия

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения.

Обоснование окончательного клинического диагноза в сравнении с обоснованием предварительного клинического диагноза без изменений.

11. Изложение данных о сущности заболевания.

 Анатомия и физиология желудка.

По международной анатомической номенклатуре в желудке различают кардиальную часть, дно, тело и привратниковую часть. В клинической литературе употребляется иное деление. Принято делить желудок на трети: верхнюю - кардиальный отдел, среднюю - тело желудка и нижнюю - пилорический отдел. Границами между ними считают условные линии, делящие малую и большую кривизну на 3 примерно равных отрезка. Кардиальный отдел состоит из 3 функционально различных участков. Различают собственно кардию - место перехода пищевода в желудок, субкардиальный отрезок протяженностью около 5 см и дно - куполообразное выпячивание, расположенное под диафрагмой. Злокачественные опухоли возникают в области кардиального отверстия в субкардиальном отделе и в дне желудка с неодинаковой частотой и различаются по клинической картине.

 В пилорическом отделе различают широкую часть - привратниковую пещеру, или антральный отдел, и более узкую - канал привратника. Опухоли , возникающие в канале привратника или распространяющиеся на этот участок, приводят к стенозу привратника или нарушению эвакуации из желудка.

 Поступающая в желудок пища проходит по так называемой желудочной дорожке, представляющей собой желобок на малой кривизне, ограниченный продольными складками слизистой оболочки. Не исключено, что с этим связана большая часть опухолей в области малой кривизны.

 Кровоснабжение осуществляется за счет желудочных и желудочно-сальниковых артерии. Левые и правые желудочные артерии и вены проходят в малом сальнике вдоль малой кривизны желудка. Вдоль большой кривизны между листками желудочно-ободочной связки располагаются правые и левые желудочно-сальниковые сосуды. Короткие желудочные сосуды, являющиеся ветвями селезеночной артерии, принимают участие в кровоснабжении дна желудка.

 Лимфатические сосуды вне желудка расположены вдоль кровеносных и образуют 4 ( по некоторым авторам 3) коллектора, по которым осуществляется лимфоотток и лимфогенное метастазирование рака желудка.

 Поскольку кровеносные и лимфатические сосуды и лимфатические узлы располагаются между листками сальников, последние при радикальной операции удаляются вместе с резецируемой частью пораженного желудка.

 Структура и функции слизистой оболочки. Стенка желудка имеет неровную внутреннюю поверхность из-за большого количества складок, состоящих из слизистой оболочки и подслизистой основы. При рентгенологическом исследовании промежутки между складками заполняются контрастной взвесью, что дает возможность изучить рельеф слизистой оболочки.

 Слизистая оболочка желудка выстлана цилиндрическим железистым эпителием. Эпителий формирует железки, разделенные прослойками соединительной тканью Наибольшее количество желез расположено в дне и теле желудка. Эти железы получили название собственных желез желудка. Формирующие их клетки продуцируют пепсиногены ( главные клетки), соляную кислоту ( париетальные клетки) и мукоид ( слизистые клетки).

 Пепсиногены в кислой среде превращаются в пепсины, которые расщепляют белки до крупных полипептидов. Соляная кислота активирует пепсиногены, вызывает денатурацию и набухание белков. облегчает действие ферментов, обеспечивает антибактериальное действие желудочного сока, регулирует двигательную функцию желудка.

 Снижение секреции соляной кислоты при атрофическом гастрите приводит к повышению рН и уменьшению бактерицидных свойств желудочного сока.

 Слизь содержащая мукоиды, защищает слизистую оболочку от механических и химических повреждений. К числу продуцируемых железами мукоидов относится гастромукопротеид ( внутренний фактор Касла), нарушение синтеза которого приводит к В - 12 дефицитной анемии. Такая анемия может явиться результатом наследственно обусловленного атрофического гастрита ( пернициозная анемия)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Вопрос о факторах, оказывающих влияние на возникновение рака желудка, сложен и пока еще окончательно не разрешен. Наибольшее значение придают характеру питания и поступлению с пищей в желудок канцерогенных веществ, а также витаминов, оказывающих защитное действие.

 Зависимость уровня заболеваемости раком желудка от характера питания обусловлена наличием в пищевых продуктах канцерогенных веществ. К их числу относятся ароматические углеводороды, нитрозосоединения, ароматические амины и другие химические вещества.

 Особое значение придают нитрозаминам. В естественных пищевых продуктах их обнаруживают редко и в небольших количествах, практически безвредных для человека. Большая часть нитрозаминов синтезируется эндогенно из поступающих с пищей нитритов и нитратов. Этот процесс под влиянием ферментов, выделяемых микробной флорой. Последнюю в большом количестве обнаруживают у людей с пониженной кислотностью желудочного сока.

 В возникновении рака желудка имеет значение потребление поваренной соли. Последняя вызывает гиперплазию слизистой желудка, снижает кислотность желудочного сока, разрушает слизистый барьер, в результате чего облегчается контакт канцерогенов с клетками желудка. В странах с высокой заболеваемостью раком желудка ( Япония) уровень потребления соли значительно выше чем в странах с низкой заболеваемостью (США). Важное значение имеет курение табака и злоупотребление алкогольными напитками.

 Существенную роль в патогенезе рака желудка играют эндогенные факторы, в частности заброс желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки. Желчные кислоты повреждают слизистую оболочку,приводят к усиленной пролиферации и кишечной метаплазии эпителия, что способствует возникновению злокачественно опухоли.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. Опухоль может возникнуть в любом отделе желудка. Постепенно увеличиваясь, новообразование распространяется на смежные отделы и даже на весь желудок. Определить место возникновения опухоли значительных размеров затруднительно, поэтому принято относить ее к тому отделу желудка в котором расположена большая часть новообразования хотя это не всегда соответствует месту его возникновения.

 Чаще рак располагается в антральном отделе желудка реже - в средней трети на малой кривизне и в кардиальном отделе. Опухоли большой кривизны,передней и задней стенок дна желудка, а также диффузное поражение органа наблюдаются редко.

 Макроскопические формы. Злокачественное новообразование может расти экзофитно, выступая в просвет желудка или эндофитно, распространяясь преимущественно по стенке органа. Независимо от особенностей роста центральная часть опухоли нередко подвергается изъязвлению. Характер роста и выраженность некротических процессов определяют внешний вид новообразования.

 Предложены различные классификации макроскопических форм рака желудка. При раннем раке широко используется классификация , предложенная японской ассоциацией эндоскопистов согласно которой различают три макроскопические формы: полиповидную, бляшковидную и изъязвленную.

 Полиповидный или возвышенный , рак выступает в просвет желудка на широком основании и напоминающего полип.

 Бляшковидный или поверхностный рак имеет вид плоской поверхностной язвочки со слегка выступающими над поверхностью слизистой оболочки краями.

 Опухоли больших размеров по внешнему виду делят на 4 основные формы: грибовидную, блюдцеообразную, инфильтративную и язвенно-инфильтративную.

Грибовидный или полиповидный, экзофитный рак представляет собой выступающее в просвет желудка образование, четко отграниченное от окружающих тканей. Опухоль имеет неровную бугристую поверхность, иногда напоминающую цветную капусту.

 Блюдцеобразный рак имеет вид обширной язвы с плотным неровным дном, покрытым некротическим налетом, и валикообразными краями.

 При инфильтративном раке бугристого образования не видно, инфильтрированная раковыми клетками стенка желудка утолщена и уплотнена на большом протяжении. В отдельных случаях инфильтрация может распространяться на весь желудок.

 Язвенно-инфильтративный рак характеризуется наличием плоской язвы,постепенно переходящей в инфильтрированную стенку желудка. Края язвы мало выступают над поверхностью слизистой оболочки. Инфильтрация стенки захватывает большую площадь, граница между инфильтрированной и неизмененной слизистой отчетливо не прослеживается.

 Гистологическое строение. Рак желудка обычно имеет строение аденокарциномы. Редко встречаются недифференцированные опухоли, еще реже - другие гистологические формы ( плоскоклеточный рак, аденокарционоид).

 В последние годы широко используют деление рака желудка на интестинальный и диффузные типы.

 Опухоль интестинального типа состоит из атипического эпителия с хорошо выраженным железистым рисунком, напоминающим рак кишечника. Такой рак встречается преимущественно у мужчин, обычно в пожилом возрасте . Новообразование часто располагается в антральном или кардиальном отделе , не склонно к распаду. Семейной предрасположенности и связи с группой крови А(2) не отмечается. Опухоль часто возникает на фоне атрофического гастрита. В окружности ее обнаруживают выраженную дисплазию кишечного типа, с которой она по-видимому, патогенетически связана.

 Интестинальный тип распространен в регионах с повышенной заболеваемостью раком желудка. Частота его зависит от характера питания и факторов внешней среды, он выше у лиц, относящихся к группам повышенного риска.

 При диффузном типе железистый рисунок отсутствует. Клетки напоминающие перстневидные,равномерно заполняют все поля зрения. Диффузный рак отличается инфильтративным характером роста и частым изъязвлением опухоли. Нередко встречается у лиц молодого возраста, с одинаковой частотой у мужчин и женщин. К этой форме рака имеется генетическая предрасположенность, среди заболевших преобладают лица с А(2) группой крови. Связь с кишечной метаплазией отсутствует, хронический атрофический гастрит в окружности опухоли обнаруживают редко. Зависимость диффузного рака от факторов внешней среды, в частности от характера питания, не выявлена. Этим объясняется одинаковая частота его в регионах с высокой и низкой заболеваемостью населения раком желудка.

 Рост и распространение опухоли. Клетки рака желудка распространяются по стенке органа, путем прорастания за пределы желудка, лимфогенного, гематогенного и имплантационного метастазирования.

 Рост вдоль стенки желудка происходит главным образом в богатом лимфатическими сосудами подслизистом слое, преимущественно в проксимальном направлении. Тяжи и комплексы раковых клеток обнаруживают за пределами видимых границ новообразования при инфильтрированных опухолях на расстоянии до 7-8 см, а при экзофитных до 2-3 см. Рак кардиального отдела желудка может распространяться на абдоминальный и даже на наддиафрагмальный отрезки пищевода. реже наблюдается переход опухоли в дистальном направлении на двенадцатиперстную кишку, что существенно ухудшает прогноз.

 Распространяясь за пределы стенки желудка, опухоли малой кривизны могут прорастать в малый сальник, левую долю печени, забрюшинную клетчатку и поджелудочную железу. Опухоли,расположенные на передней или задней стенках ближе к большой кривизне.прорастают в поперечную ободочную кишку,ее брыжейку, желудочно-ободочную связку и поджелудочную железу. Рак кардиального отдела и в особенности дна желудка распространяется на диафрагму. Поражение опухолью окружающих желудок органов ухудшает прогноз, но у многих больных не исключает возможности радикального излечения.

 Лимфогенное метастазирование. Вначале поражаются лимфатические узлы,расположенные вблизи желудка. Чаще всего метастазы обнаруживают в лимфатических узлах вдоль левой желудочной артерии, несколько реже в пилорических лимфатических узлах и в лимфатических узлах в окружности правой желудочно-сальниковой артерии. Метастазы в лимфатических узлах ворот селезенки встречаются главным образом при опухолях верхней трети желудка. При раке антрального отдела может наблюдаться поражение лимфатических узлов печеночно-двенадцатиперстной связки.

Поражение метастазами этих групп лимфатических узлов не препятствует излечению больных при условии, что клетчатка с заключенными в ней кровеносными сосудами и лимфатическими узлами во время операции удалена одним блоком с резецируемой частью желудка.

 Дальнейшее распространение раковых клеток по лимфатической системе приводит к поражению лимфатических узлов,расположенных в забрюшинном пространстве, в окружности поджелудочной железы, корне брыжейки и в воротах печени.

 У некоторых больных лимфогенные метастазы обнаруживают в отдаленных лимфатических узлах, в том числе надключичных , а также в пупке и яичниках.

 Метастазы в надключичные лимфатические узлы ( Вирхова) располагаются в левой надключичной области у ножек грудинно-сосцевидной мышцы. Пораженные лимфатические узлы имеют округлую форму, плотную консистенцию, подвижны, безболезненные при пальпации , конгломератов не образуют. Размер их колеблется от просяного зерна до 2 см в диаметре.

 Метастазы в пупок представляют собой безболезненное уплотнение величиной от горошины до 1.5 - 2 см в диаметре. Встречается редко. Наличие метастаза в пупок, так же как и в надключичные лимфатические узлы ,свидетельствует о запущенности процесса.

 Метастазы в яичники ( крукенберговские) имеют лимфогенное происхождение. Поражение чаще двусторонее. При вагинальном исследовании пораженные яичники прощупываются в виде округлых безболезненных образований с гладкой поверхностью.

 Крукенберговские метастазы нередко бывают изолированными. Наличие изолированных метастазов в яичники не является свидетельством запущенности опухоли. В таких случаях больных оперируют, удаляя пораженные придатки одновременно с резекцией желудка.

 Гематогенные метастазы чаще всего поражают печень, реже - легкие, плевру, поджелудочную железу и почки.

 Имплантационные метастазы представляют собой мелкие уплотнения ,рассеянные по париетальной и висцеральной брюшине. Они нередко сопровождаются асцитом.

 Шницлеровский метастаз - имплантационный метастаз в околопрямокишечную клетчатку. Они прощупываются при пальцевой исследовании прямой кишки в виде плотных безболезненных образований.

 Стадии рака желудка.

1 стадия - опухоль размерами до 3 см, локализованная в слизистой оболочке и подслизистой основе без регионарных метастазов.

2 стадия - опухоль размерами более 3 см без прорастания мышечного слоя или опухоль любых размеров,прорастающая в мышечный слой, но без поражения серозного. В том числе:

 2а - метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствуют.

 2б - имеются одиночные ( не более) метастазы в регионарные лимфатические узлы.

3 стадия - опухоль любого размера, прорастающая всю стенку желудка или переходящая на пищевод или двенадцатиперстную кишку. Возможно спаяние с соседними органами или прорастание связочного аппарата желудка или верхнего листка брыжейки. В том числе:

 3а - метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствуют

 3б - имеются множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы

4 стадия - опухоль, прорастающая в окружающие органы и ткани , или опухоль с отдаленными метастазами.

Клинические проявления рака желудка чрезвычайно разнообразны и сходны с признаками других желудочных заболеваний. Характерного симптома не существует. Выраженные симптомы появляются, когда опухоль достигает значительных размеров. В этот период возможность излечения больного становится сомнительной.

 Боль является наиболее частым симптомом. При развитых формах опухоли она встречается у 85 - 90% больных. Иногда она обусловлена сопутствующими раку желудочными заболеваниями , в других случаях непосредственно связана с наличием опухоли и вызывается прорастанием или сдавливанием ею нервных стволов.

 Боль при раннем раке мало выражена,ощущается как неопределенное чувство давления, тяжести или полноты в эпигастральной области, возникающее после приема обильной или трудноперевариваемой пищи. Эти ощущения столь незначительны и непостоянны ,что больной не обращает на них внимания и, описывая динамику развития заболевания,нередко упускает из вида этот период.

 При развитых формах рака желудка болевые ощущения приобретают более типичный характер. Они становятся постоянными,тупыми,довольно стойкими, но не очень интенсивными,не связаны с приемом пищи, возникают без видимых причин или усиливаются после еды и даже при употреблении привычных блюд. Иногда такой характер боли сохраняется длительное время,вплоть до летального исхода. В других случаях интенсивность боли постепенно нарастает и при распространении опухоли за пределы желудка она становится настолько сильной и мучительной,что с трудом снимается лекарственными средствами.

 Почти как правило ,боль ощущается в эпигастральной области; чаще отмечается разлитой характер боли, но она может локализоваться на небольшом участке вблизи средней линии, под мечевидным отростком , в правом или левом подреберье. Изредка при расположении новообразования в области дна желудка или в кардиальном отделе возникает боль в области сердца,которую ошибочно трактуют как стенокардию.

 Боль чаще всего не иррадиирует,но может отдавать в спину, лопатку,грудину, левую руку. Иррадиация наблюдается при распространении опухоли за пределы желудка.

 Для рака характерна постоянная боль,но интенсивность ее может меняться в течении суток. На некоторое время боль может ослабевать или даже полностью исчезнуть,но затем возникает вновь. В других случаях,особенно при изъязвленных формах, она может появляться только после еды,быть интенсивной и мучительной,напоминая по характеру боль при язвенной болезни.

 Снижение аппетита при раке желудка встречается довольно часто,но характер и степень выраженности этого симптома неодинаковы. Некоторые больные утрачивают чувство голода и не получают от еды удовлетворения, у других возникает отвращение к определенному виду пищи, чаще привычной, иногда - мясной или жирной. Иногда у больных появляется аппетит,но потребность в еде исчезает после приема первых порций пищи.

 Другие симптомы,свойственные заболеваниям желудка - отрыжка,изжога,тошнота встречаются при раке желудка часто ,но каких- либо характерных особенностей при раке желудка

 не имеют. Симптомами, которые должны насторожить врача, являются чувство переполнения желудка и стойкая отрыжка вначале воздухом, а в дальнейшем - тухлым. Рвота наблюдается редка, но закономерно возникает при значительном сужении просвета желудка опухолью.

 Кроме местных проявлений, рак желудка характеризуется рядом общих симптомов, таких как похудание,слабость, немотивированная утомляемость, психическая лабильность или депрессия, состояние тревоги или потеря интереса к окружающему. Патогенез этих симптомов сложен. Возникновение их зависит не только от интоксикации, вызванной злокачественным новообразованием, но и от нарушения желудочного пищеварения.

 Похудание наблюдается при различных заболеваниях желудка, но при злокачественных новообразованиях оно встречается в несколько раз чаще и нередко возникает без видимой причины. В далеко зашедших стадиях, а также при стенозирующих процессах похудание может достигнуть высокой степени,вплоть до исчезновения подкожно-жировой клетчатки и кахексии.

 Резкое похудание больного, как правило,заставляет врача заподозрить злокачественную опухоль. Однако симптом этот характерен для опухолей больших размеров. При раннем раке потеря массы наблюдается реже,примерно у 20-30% больных. Учитывая редкость похудания при неопухолевых заболеваниях желудка, этот симптом следует признать достаточно информативным.

 Немотивированная слабость, повышенная утомляемость нередко наблюдается у больных раком желудка. Трудоспособность снижается. Привычная работа, которую больной раньше легко осуществлял,выполняется им с трудом. В процессе работы или в конце для больной ощущает разбитость,сильную усталость,потребность прилечь,отдохнуть.

А.И. Савицкий в 1947 году выделил синдром малых признаков рака желудка в который входят:

1. изменение самочувствия больного,выражающееся в появлении на протяжении последних недель или месяцев немотивированной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости

2. психическая депрессия, проявляющееся утратой радости жизни, интереса к окружающему, к труду, апатией и отчужденностью

3.немотивированное стойкое понижение аппетита, иногда полная потеря его вплоть до отвращения к пище

4.явления "желудочного дискомфорта" т.е. потеря физиологического чувства довольства от принятой пищи, в особенности если это сопровождается неприятными местными желудочными симптомами - ощущением тяжести или болезненностью в подложечной области

5. беспричинное прогрессирующее похудание,замечаемое либо больным,либо его окружающими,сопровождающееся бледностью кожных и слизистых покровов и другими проявлениям анемизации.

Клинические формы развитого рака желудка: рак тела желудка, рак кардиального отдела, опухоли дна желудка, рак пилорического отдела.

При раке пилорического отдела (имеет место у пациента) на первый план выступают симптомы стеноза привратника, развивающегося в течение короткого времени. Проявляется чувство тяжести,отрыжка с неприятным запахом, рвота пищей,съеденной за несколько часов или накануне. Больные часто сами вызывают рвоту, которая приносит им временное облегчение. При пальпации живота удается обнаружить шум плеска, а иногда прощупать плотное образование справа от позвоночника.

ДИАГНОСТИКА клинический минимум обследования при подозрении на рак желудка включает опрос,объективное и лабораторное исследование, рентгенографию и рентгеноскопию желудка и(или) комплексное эндоскопическое обследование.

 Лабораторные исследования:

 В общем анализе крови наиболее постоянным признаком является повышение СОЭ, преимущественно при опухолях значительных размеров. Повышенная СОЭ служит дополнительным диагностическим признаком,поскольку при неопухолевых заболеваниях желудка вне обострения скорость оседания эритроцитов обычно не повышена. Анемия имеет гипохромный характер,возникает в результате кровотечений при распаде опухоли. В других случаях она зависит от предшествующего раку хронического гастрита с атрофией слизистой оболочки желудка. Анемия нарастает постепенно,медленно,возникает чаще при новообразованиях значительных размеров. При раннем раке наблюдается редко.

 Желудочный сок характеризуется снижением кислотности вплоть до ахилии. Диагностическое значение ахилии невысоко так как она обычно является следствием атрофического гастрита. К тому же нормальная или повышенная кислотность не исключает наличия рака желудка.

 Анализ кала на скрытую кровь: скрытую кровь обнаруживают с большим постоянством при изъязвленных и экзофитных формах опухоли.

 ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ.

 Рентгенологическое исследование включает рентгеноскопию грудной клетки и желудка и рентгенографию желудка. Рентгеноскопия грудной клетки позволяет исключить редко встречающиеся метастазы в легкие.

 Для рака наиболее характерны:

 1. дефект наполнения,обусловленный наличием опухоли

 2. деформации контуров желудка

 3.патологические изменения рельефа слизистой оболочки

 4. отсутствие перистальтики в зоне опухолевого поражения

 Дефект наполнения при экзофитной опухоли имеет вид округлого или овального просветления с ровными или полициклическими контурами,глубоко вдающегося в просвет желудка. При блюдцеобразном раке в центре дефекта видно широкое округлое депо, заполненное бариевой взвесью,окруженное приподнятыми в виде валика краями опухоли.Деформации контуров желудка имеют вид краевого дефекта наполнения при экзофитных опухолях,растущих на малой или большой кривизне желудка.При эндофитном характере роста просвет органа может оказаться неравномерно или циркулярно суженным в антральном отделе, теле и даже на протяжении всего желудка. В других случаях наблюдаются уступы и подрытость контуров,укорочение малой кривизны или распрямление угла желудка.

 Патологические изменения рельефа слизистой оболочки проявляются отсутствием складок , их беспорядочным расположением, появлением извилистых и обрывистых теневых полосок,мелких изолированных вкраплений бариевой взвеси. Особенно большое значение имеет обрыв складок слизистой оболочки у края дефекта.

 Нарушение перистальтики обусловлено инфильтрацией опухолью мышечного слоя желудка. При этом желудочная стенка становится неподатливой и ригидной. Перистальтические волны, идущие сверху вниз, гаснут у верхнего края пораженного участка. Этот признак хорошо улавливается при опухоли малой кривизны.

Эндоскопическое исследование у многих больных является решающим методом исследования. Оно включает осмотр слизистой желудка с помощью фиброгастроскопа и взятие материала для гистологического строения.Обнаруживаемые при осмотре картины разнообразны и соответствуют описанным выше макроскопическим формам рака желудка.

ПРОФИЛАКТИКА. Первичная профилактика рака желудка сводится к рациональному питанию, своевременному выявлению и диспансеризации лиц группы повышенного риска.

 Рациональное питание заключается в уменьшении приема солений, копченостей и маринадов ,снижении доли перегретых жиров в пищевом рационе,увеличении потребления фруктов и овощей,богатых витаминами А и С. Существенной мерой является отказ от курения и злоупотребления алкоголем. Большое значение в комплексе профилактических мероприятий имеет диспансеризация группы повышенного риска, в которую относят больных с предраковыми заболеваниями желудка, а также кровных родственников больных диффузной формой рака желудка, особенно с А (2) группой крови.Повышенное внимание следует уделять людям старше 50 лет со сниженной кислотностью желудочного сока.

ЛЕЧЕНИЕ. Рак желудка может быть излечен только хирургическим путем. С помощью химиотерапии или лучевого лечения добиться излечения невозможно. Радикальными считаются два типа оперативных вмештельств: субтотальная резекция желудка и гастрэктомия .При раннем раке и экзофитных опухолях производят субтотальную резекцию желудка,при инфильтративном росте новообразования - гастрэктомию. Экономные резекции даже при минимальных размерах опухоли недопустимы из-за возможности мультицентрического роста и диссеминации клеток на значительное расстояние от видимого края новообразования.

 Субтотальная резекция желудка. При субтотальной резекции малую кривизну пересекают, отступя на 1.5 - 3.0 см от пищевода, большую - на уровне нижнего полюса селезенки. В дистальном направлении линия пересечения проходит через двенадцатиперстную кишку на расстоянии 1.0 - 1.5 см за привратником. При субтотальной резекции и других радикальных операциях вместе с резецируемой частью желудка должны быть удалены регионарные лимфатические узлы. С этой целью одним блоком с желудком удаляют большой и малый сальники с заключенными в них лимфатическими узлами, а левую желудочную артерию пересекают в желудочно-поджелудочной связке непосредственно у места отхождения от чревной артерии.

 После удаления препарата анастомоз между культей желудка и кишечником обычно накладывают по одному из вариантов Бильрот - 2. Часто отдают предпочтение антирефлюксному анастомозу по Витебскому, при котором тощая кишка пересекается в поперечном направлении. При таком анастомозе уменьшается заброс желчи в культю желудка, что рассматривается как мера профилактики рака резецированного желудка.

 Резекция желудка по Бильрот -1 с прямым анастомозом между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой возможна при достаточно длинной двенадцатиперстной кишке.Необходимыми условиями являются соблюдение радикализма оперативного вмешательства и отсутствие натяжения между сшиваемыми тканями при наложении анастомоза.

 Резекцию кардиального отдела желудка выполняют при экзофитных опухолях верхней трети, нижний полюс которых не распространяется дистальнее угла желудка. Проксимальная линия пересечения проходит по пищеводу,отступя не менее 3-5 см от верхнего края опухоли, в дистальном направлении иссекается вся малая кривизна желудка, а передняя и задняя стенки его пересекаются на расстоянии 5 см ниже опухоли. Анастомоз между пищеводом и оставшейся культей желудка накладывают по типу конец в конец либо культю желудка ушивают наглухо, а для наложения анастомоза проделывают дополнительное отверстие в передней стенке желудка ( конец в бок). Обязательным является удаление всех групп регионарных лимфатических узлов.

 Гастрэктомия показана при инфильтративных формах рака, а также при больших экзофитных опухолях ,расположенных по обе стороны от угла желудка. Во время операции удаляется весь желудок с обоими сальниками и заключенными в них лимфатическими узлами. линии пересечения органов проходят на расстоянии не менее 3-5 см от края опухоли,проксимальная - по пищеводу, дистальная - по двенадцатиперстной кишке.

 Комбинированные операции применяют при прорастании опухоли за пределы желудка в соседние органы и ткани. Операция заключается в резекции желудка по описанным выше принципам одним блоком с пораженной частью соседнего органа: поперечной ободочной кишки, поджелудочной железы, левой доли печени и др. В связи с тем что при раке кардиального отдела желудка часто наблюдается метастазы в лимфатические узлы ворот селезенки,некоторые авторы считают спленэктомию обязательным элементом радикальной операции по поводу опухолей верхнего отдела желудка.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ.

 Паллиативная резекция желудка показана при технически легко удалимой опухоли. Во время операции вместе с желудком удаляют сальники с лимфатическим узлами. операция ликвидирует тягостные симптомы и продлевает жизнь больных на несколько месяцев. Последующая адъювантная химиотерапия иногда позволяет увеличить продолжительность жизни оперированных.

 Обходной гастроэнтероанастомоз показан при неоперабельном раке желудка ,осложненном стенозом привратника. Операция восстанавливает эвакуацию содержимого из желудка,ликвидирует мучительную рвоту и улучшает состояние больных.Из-за возможного сдавления анастомоза метастазами в забрюшинные лимфатические узлы обычно накладывают передний впередиободочный анастомоз на длинной петле с дополнительным брауновским соустьем.

 Реканализацию кардии, гастро- и еюностомию выполняют при неоперабельном раке с целью устранения дисфагии. Как и при раке пищевода,наложение стомы должно производиться до наступления тяжелых дистрофических нарушений. В противном случае технически простая операция сопровождается высокой послеоперационной летальностью.

13. План лечения курируемого больного и его обоснование.

 Планируется выполнить операцию: субтотальную резекцию желудка , как единственное возможное лечение данного заболевания.

14. Дневник

 22.03.96 Температура вечером 37.2 , температура утром 36,8

 Жалобы на слабость, тяжесть в ногах, при ходьбе быстрым шагом, сердцебиение возникающее без видимых причин, повышенную температуру тела. Физиологические отправления в норме. АД 130\ 80 мм.рт.ст.

 Общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, ненапряжен,удовлетворительного наполнения. Дыхание ослабленное ,хрипов нет, тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. Других изменений во внутренних органах и в области заболевания нет.

Назначения: режим 3, диета 10. Исследования: клинический и биохимических анализ крови, анализ мочи, анализ кала, анализ крови на RW, определение группы крови.

23.03.96 Температура вечером 36.8, утром 36.9.

Жалобы : без изменений. Физиологические отправления в норме.АД 130\90.

 Общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс 87 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ненапряжен,одинаковый на левой и правой руках, частота дыхания 23 в минуту, дыхание ослабленное, хрипов нет ,тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина.

 На 24 и 25 марта больной был отпущен домой.

26.03.96. Температура вечером 36.6, утром 36.5

Жалобы: без изменений. Физиологические отправления в норме. АД 120\ 90 мм.рт.ст.

Общее состояние относительно удовлетворительно. Пульс 90 ударов в минуту, ненапряженный удовлетворительного наполнения. Дыхание 20 раз в минуту, при аускультации дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, в точке Боткина систолический шум.

Мотивированный диагноз. В связи с тем что у больного имеется стенозирующий рак выходного отдела желудка 3 стадии, клиническая картина стеноза антрального отдела, выраженные общие проявления опухоли ( лихорадка, тромбоцитоцитоз, постгеморрагическая хроническая анемия)

 больному после терапии направленной на коррекцию анемии, показана радикальная операция: субтотальная резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза по Бильрот 2. Оперативное лечение является единственным возможным в данном случае, радикальная операция в данном случае позволит устранить причину общих проявлений заболевания и предупредить декомпенсацию стеноза желудка, а также дальнейшее прогрессирование процесса . В случае обнаружения при операции отдаленных метастазов и пересмотра диагноза во время операции , невозможности выполнения радикальной операции больному будет произведена паллиативная операция: обходной гастроэнтероанастомоз, которая предотвратит появление декомпенсации стеноза в будущем. Согласие больного операцию получено. Группа крови определена А(2), резус положительная.

План операции

1. Премедикация ( атропина сульфат, дроперидол, фентанил)

2.Вводный наркоз

3. Интубация трахеи

4. Выполнение средней срединной лапаротомии.

5. Ревизия органов брюшной полости.

6.Мобилизация желудка

7. Отсечение двенадцатиперстной кишки и формирование ее культи.

8.Резекция желудка единым блоком с большим и малым сальником.

9.Наложение гастроэнтероанастомоза

10. Дренирование брюшной полости

11.Послойное зашивание раны брюшной полости

12. Экстубация трахеи

Выбор обезболивания: общая анестезия ( премедикация : дроперидол, фентанил, атропин, вводный масочный наркоз - эфир, интубация трахеи и перевод на ИВЛ смесью эфира и кислорода)

Дата 27.03.96.

 Операция: субтотальная резекция желудка по Бильрот 2

 Начало операции 11 ч. 25 минут. Окончание операции 13 ч. 25 минут.

Хирург: проф. Пострелов Н.А.

Ассистент: асс.Токарев С.С.

Анестезиолог : Фадеев

Вид обезболивания: премедикация: 1 мл 1% атропина, дроперидол 2 мл, фентанил 2 мл, вводный внутривенный наркоз : тиопентал натрия 50 мг, масочный эфирный наркоз, интубация трахеи и перевод на ИВЛ эфир и кислород.

Описание операции: после обработки операционного поля иодной настойкой, произведена верхняя срединная лапаротомия ( рассечены кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневроз прямой мышцы живота, париетальная брюшина). При ревизии обнаружены единичные,подозрительные на метастазы образования на поверхности правой доли печени и брюшине, опухоль выходного отдела желудка с распадом размерами 10 на 10 см, стеноз выходного отдела желудка ,конгломераты лимфатических узлов в зоне артерии гастродуоденалис. Опухоль прорастает в мезоколон,асцита нет.Удалось провести мобилизации желудка одним блоком с конгломератом метастазов. Двенадцатиперстная кишка ушита кисетным и z-образными швами .Желудок резецирован с большим сальником, наложен гастроэнтероанастомоз по Бильрот 2, брюшная полость осушена. Произведен счет марли и инструментов. Через анастомоз в двенадцатиперстную кишку проведен трансназальный зонд, дренажная трубка культи двенадцатиперстной кишки. Рана передней брюшной стенки зашита наглухо. Резецированный желудок с конгломератом узлов и большим сальником направлены на гистологическое исследование.

Во время операции перелито жидкости:

Эритроцитарная масса 500 мл

Кровезамещающие растворы 1400 мл

Кристаллоидные растворы 400 мл

Всего перелито 2300 мл

Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

27.03.96.Жалобы на боли в области послеоперационного рубца, резкую слабость, головную боль, тупые боли в животе. Общее состояние тяжелое. Пульс 89 ударов в минуту, ослаблен, ритмичный, ненапряжен. Тоны сердца приглушены, дыхание ослабленное, хрипов нет.Живот мягкий,болезненный в области послеоперационного рубца, газы не отходят. По дренажам получено 900 мл.

Лабораторные данные:гемоглобин 100 г\л, гематокрит 25%, калий плазмы 3.98, креатинин 110 ммоль\л, билирубин 17.0 , амилаза 10.7 , общий белок 65 г\л.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1016, белок О, лейкоциты 1-2-3 в поле зрения

Назначения: пенициллин натриевая соль 1 млн. ЕД 4 раза в сутки,

 витамин В12 2 мл 1 раз в день,

 дицинон 2 мл 4 раза в день,

викасол 2 мл в день,

 корглюкон 1 мл развести в 10 мл физиологического раствора 1 раз в день,

400 мл изотонического раствора,

 раствора кальция хлорида 1% 200 мл, раствор полиамина 400 мл, мафусол 400 мл,

раствор глюкозы 5% 400 мл вместе с раствором кальция хлорида 1% 200 мл и 6ЕД инсулина,

гемодез 400 мл,

фентанил 2мл внутримышечно, дроперидол 2 мл, прозерин 2 мл подкожно,

Внутривенно за сутки перелито 2800мл

Суточный диурез 1700 мл

По зонду 400 мл

По дренажам - следы.

Перелита кровь 350 О(1).

28.03.96.Жалобы на боли в области послеоперационного рубца, слабость, головную боль. Общее состояние тяжелое. Пульс 90 ударов в минуту,ослабленный, ритмичный. Тоны сердца приглушены, дыхание ослаблено 20 раз в минуту, хрипов нет. При пальпации живота брюшная стенка мягкая, болезненная в области послеоперационного рубца, газы не отходят.

Лабораторные данные:

Биохимический анализ крови: гематокрит 22%, калий плазмы 3.16 , общий белок 62 г\л, амилаза 15.5 мг\мл\ час, креатинин 97;Клинический анализ крови:гемоглобин 60 г\л лейкоциты 10,палочки 1, сегментоядерные 75, лимфоциты 21, моноциты 3, СОЭ 51 мм\ч. Коагулограмма: гипокоагуляция

Анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1016, белок О, лейкоциты 1-2-3 в поле зрения

Назначения: пенициллин натриевая соль 1 млн. ЕД 4 раза в сутки,

 витамин В12 2 мл 1 раз в день,

 дицинон 2 мл 4 раза в день,

викасол 2 мл в день,

 корглюкон 1 мл развести в 10 мл физиологического раствора 1 раз в день,

400 мл изотонического раствора вместе с 5 мл эуфиллина

раствор Рингера-Локка 400 мл и раствор витамина С 5 мл

раствор глюкозы 5% 400 мл вместе с раствором кальция хлорида 1% 200 мл и 6ЕД инсулина,

гемодез 400 мл,

фентанил 2мл внутримышечно, дроперидол 2 мл, прозерин 2 мл подкожно,

Всего перелито 3200 мл.

Перелита кровь 500 мл 0(1)

Диурез 1600 мл.

15. Эпикриз пациент Чулкин А.В. поступил в клинику факультетской хирургии имени В.А. Оппеля 19 марта 1996 года с жалобами на резковыраженную слабость после физической нагрузки,лихорадку в течение последнего месяца , чувство дискомфорта в эпигастральной области после приема пищи, тошноту и рвоту после приема острой пищи, похудание на 15 кг в течение 2 последних лет. Считает себя больным с декабря 95 года, когда впервые появилась температура без видимых причин, пациент лечился самостоятельно,но безуспешно, после чего вызвал врача поликлиники на дом, врач поставил диагноз миеломная болезнь под вопросом. Для дальнейшего обследования больной был направлен в клинику внутренних болезней 16-3 больницы Петра Великого, где диагноз миеломная болезнь был исключен на основании объективных и инструментальных данных, и при фиброгастроскопии была обнаружена опухоль выходного отдела желудка, больной был переведен в клинику факультетской хирургии имени В.А. Оппеля 13-2 для дальнейшего лечения. В клинике на основании клинических данных: жалобы на тошноту и рвоту возникающие после еды, лихорадку, резкую слабость,сердцебиение и одышку при легкой физической нагрузке( подъем на 1 этаж), с учетом данных лабораторного исследования ( в клиническом анализе крови гемоглобин 60 г\л , СОЭ 65 мм\ч , анизо и пойкилоцитоз,

лейкоцитоз до 12, в биохимическом анализе крови: снижение белковый фракций крови, небольшое повышение общего билирубина, в анализах мочи: постоянная протеинурия 0.033 г\л) и инструментального исследования (при фиброгастроскопии : изъязвившийся рак антрального отдела желудка, на фоне атрофического гастрита, складки сглажены.

был установлен диагноз : рак желудка 3 стадии. Было решено произвести радикальную операцию: субтотальную резекцию желудка с гастроэнтероанастомозом по Бильрот 2 так как это является единственным возможным лечением данного заболевания, позволяет устранить причину общих проявлений и предупредить декомпенсацию стеноза антрального отдела желудка в последующем.Операция произведена 27.03.96.В настоящее время пациент находится в отделении интенсивной терапии и реанимации, состояние средней тяжести. Рекомендовано дальнейшее продолжение лечения в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

Диагноз: Рак желудка 3 стадия.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 1 функциональный класс.

 Подпись куратора:

16. Использованная литература:

 1. Н.Н. Трапезников. Онкология. учебник для медицинских Вузов, Москва, Медицина 1992, стр. 5- 18, 72-86, 219-266.

2. Диагностика рака желудка.Сборник научных трудов. Ленинград 1988.НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова. стр. 49-54

3. А.В.Мельников Клиника рака желудка . Медгиз 1960, стр. 241-265.

4. Лекционный материал.