**I Паспортные данные.**

**Фамилия, имя, отчество:**.

**Возраст:** 69 лет.

**Образование:**

**Профессия:**

**Место работы:** не работает (пенсионер).

**Домашний адрес:**

**Дата поступления в клинику:**

**Диагноз при поступлении:** Хронический гастрит в стадии обострения.

II. Главные жалобы больного.

При поступлении больной жаловался на боль, запоры, слабость и головокружение, изредка возникающий кашель с мокротой.

1. Боль ноющая, с локализацией в эпигастральной области, иррадиирующая в мезогастральную область; постоянная, слабой интенсивности, усиливающаяся при физической нагрузке, также отмечаются приступы усиления боли, не связанные с какими-либо видимыми причинами. Боль ослабляется после приема пищи.

2. Запоры возникли около месяца назад, сопровождались болями средней интенсивности, головокружением. Запоры постепенно прогрессировали. Частота стула - один раз в сутки. Пациент отмечет, что кал оформленный, дегтеобразный.

3. В момент поступления больной жаловался на умеренную слабость, которая усиливалась после физической нагрузки. В момент вставания с постели у больного часто возникало чувство головокружения, быстро исчезающее в покое.

III. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi).

ФИО считает себя больным с начала апреля 1998 года. Начало заболевания острое, первым симптомом было появление запоров; стул был оформленный, дегтеобразный (но частота стула при этом не изменилась). Впоследствии появилась постоянная умеренная слабость, которая усиливалась после физической нагрузки, а также боль в эпигастрии. На диспепсические расстройства (тошноту, рвоту, изжогу, отрыжку) больной не жаловался.

Впервые обратился за помощью в поликлинику Городской больницы №1 в конце первой декады апреля к участковому терапевту (через 10 дней после появления первых симптомов заболевания).

24 апреля 1998 года больной был госпитализирован в терапевтическое отделение Городской больницы №1 в связи выявлением язвы нижней трети пищевода.

Состояние больного было оценено как удовлетворительное. Проводились клинические анализы крови, мочи. Отмечены признаки анемии в связи с язвенным кровотечением. Эндоскопическое и ультразвуковое исследования подтвердили наличие язвы.

В качестве профилактической меры было предложено принимать висмута субцитрат, но пациент не выполнил рекомендацию врача в силу дороговизны препарата и пренебрежительного отношения к своему здоровью.

В связи с окончанием амбулаторного диагностического обследования больной был направлен в стационар, где находится уже 18 суток (с21 апреля 1998 года).

После проведенного лечения больной стал чувствовать себя лучше. Сохраняется слабая ноющая боль в эпигастральной области, но запоров, изменения аппетита (повышения, понижения, анорексии), извращения аппетита, чувства горечи во рту, нарушения глотания, жевания, изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты нет. Частота стула-2 раз в сутки. Кал оформленный, черного цвета (из-за лечения пациента препаратами висмута). Также сохраняется головокружение, связанное с гипохромной анемией.

IV. Функциональный статус (Status functionalis).

**Общие расстройства:**

Отмечается повышенная утомляемость, снижение трудоспособности. Исхудания, увеличения массы тела, ожирения, лихорадки, озноба, потливости не наблюдается.

**Органы дыхания:**

Кашель влажный, умеренный, носит приступообразный характер и появляется несколько раз в течение суток вне зависимости от времени суток. Количество мокроты небольшое, по консистенции она вязкая, белесоватого цвета, по характеру-слизистая. Мокрота не имеет запаха и патологических примесей (гноя, крови). Положение тела не влияют на ее отхождение.

Кровохарканья, одышки, приступов удушья, болей в грудной клетке, затруднения носового дыхания, выделений из носа и носовых кровотечений не отмечается.

**Органы кровообращения:**

Болей в области сердца, сердцебиения, одышки, приступов удушья, перебоев в работе сердца, ощущения тяжести в правом подреберье, отеков, признаков повышения артериального давления (артериальное давление 130/80 мм рт. ст.) нет.

**Органы мочеотделения:**

Больной жалуется на слабую, ноющую, спонтанно возникающую боль в поясничной области, а также на учащенное мочеиспускание (1 раз в 2 часа). Других дизурических расстройств (полиурии, олигоурии, анурии, никтурии, странгурии), изменения цвета мочи, ее прозрачности, запаха, а также утренних отеков на лице и в других областях не отмечено.

**Нервная система:**

Больной жалуется на временами возникающую головную боль умеренной интенсивности, приступы головокружения при резком изменении положения тела. Нарушений сна, приступов кратковременной потери сознания, нарушения памяти, зрения, слуха, обоняния, кожной чувствительности (тактильной, температурной) нет. Нарушений эмоциональной сферы (повышенная раздражительность, возбудимость, плаксивость) нет. Нарушения координации движений, болей по ходу нервных стволов и нервных корешков не отмечается.

**Эндокринная система:**

Жажды, сухости во рту, чувство голода, жара или зябкости больной не испытывает. Ожирения, исхудания, выпадения волос нет.

**Опорно-двигательный аппарат:**

Пациент жалуется на относительно постоянную колющую боль средней интенсивности в правом голеностопном суставе. Болей в других суставах, а также костях, мышцах и по ходу позвоночника нет. Мышечной слабости и утренней скованности в движениях не отмечено.

**Половая система:**

Имеет место ослабление половой функции в связи с возрастом.

V. История жизни (Anamnesis vitae).

**Краткие биографические сведения:**

Родился 17 июля 1929 года в городе. В семье он был первым ребенком. Родился недоношенным. Материально-бытовые условия своей семьи в тот период были неудовлетворительными.

В детстве часто страдал простудными заболеваниями, но рос и развивался нормально. В школе учился хорошо, занимался футболом, впоследствии играл за команду Калининского вагоностроительного завода.

После окончания восьмилетней школы поступил в ремесленное училище. В 1949 году поступил в летное училище, где учился до 1953 года и был комиссован в связи с заболеванием почек.

Трудовую деятельность начал в 14 лет на Калининском вагоностроительном заводе в связи с началом Великой Отечественной Войны (собирал ящики для авиабомб). Работа была связана с низкими температурами в помещении, недостаточной освещенностью, тяжелой физической нагрузкой, повышенным уровнем шума.

В последующем он работал связистом. Затем перешел на работу в ОТК Калининского вагоностроительного завода на должность контроллера, где и проработал до 1959 года включительно. Затем работал шофером в автоколонне. Из неблагоприятных производственных воздействий отмечает сквозняки, воздействие низких температур, вибрации, несоблюдение режима питания, психоэмоциональное напряжение, повышенную нагрузку на зрение. На пенсию вышел в 1989 году в связи с достижением пенсионного возраста. После выхода на пенсию не работал. Инвалидности не имеет.

**Бытовой анамнез:**

Проживает с женой в двухкомнатной квартире на пятом этаже пятиэтажного дома. Ведет активный образ жизни. Питание удовлетворительное, режим питания соблюдается. Материальное положение семьи - благополучное, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.

**Перенесенные болезни:**

В детстве часто болел гриппом, острыми респираторными заболеваниями. В 1953 году перенес пиелонефрит (в 1957 году снят с диспансерного учета по этому заболеванию), в 1959 году - двустороннюю крупозную пневмонию. В 1975 году была перенесена операция по поводу острого аппендицита. Больной также перенес сотрясение мозга и находился по этому поводу на лечении в ОКБ.

**Семейный анамнез:**

Отец скончался в возрасте 53 лет от заболевания почек, мать скончалась в возрасте 67 лет от рака легкого, младший брат скончался от острого нарушения мозгового кровообращения. Двоюродная сестра страдает от аллергических реакций, проявляющихся в виде крапивницы. Брат отца страдал хроническим пиелонефритом. Хронических инфекционных заболеваний (сифилиса, туберкулеза, СПИДа) в семье нет.

**Вредные привычки:**

В течение жизни пациент вел правильный образ жизни: не курил, не злоупотреблял алкогольными напитками, не употреблял наркотические и токсические вещества.

**Аллергологический анамнез:**

Непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, вакцин, сывороток, других химических или биологических веществ не отмечено. При употреблении спиртных напитков возникает аллергический ринит.

VI. Объективное исследование.

Настоящее состояние (Status praesens).

**1. Общий осмотр:**

**Общее состояние** больного-удовлетворительное, **сознание** ясное, **внешний вид** соответствует паспортному возрасту, **положение** активное.

**Телосложение** правильное, **тип конституции**-гиперстенический.

**Масса тела**-79 кг**, рост**-164 см.

**Выражение лица**-нормальное. **Патологических изменений** величины, формы, положения, объема движений головы, мягких и костных тканей свода черепа при пальпации не выявлено.

Цвет **кожи и слизистых** нормальный, влажность умеренная, тургор кожи не изменен, патологических изменений кожи в виде сыпи, рубцов, телеангиоэктазий, ксантеллазм, шелушения нет.

Выраженность **подкожно-жирового слоя** умеренная, отмечено увеличение жироотложения в области живота, отеков нет.

Затылочные, околоушные, подчелюстные и подподбородочные, шейные передние и задние, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные **лимфатические узлы** не пальпируются.

**Опорно-двигательный аппарат.**

**Мышечная масса** увеличена, симметрична, тонус нормальный, болезненность не наблюдается, сила мышц не изменена. **Конфигурация суставов** правильная, деформаций не обнаружено, изменения величины, цвета тканей и кожной температуры над суставами нет. В правом голеностопном суставе постоянная, колющая, усиливающаяся при ходьбе боль. **Объем активных движений** не изменен. Деформации, утолщения, размягчения костей не отмечается, болезненности при пальпации и поколачивании нет. Форма пальцев-нормальная.

**2. Органы дыхания:**

Форма **носа** неправильная, спинка носа искривлена, носовое дыхание свободное, крылья носа не участвуют в акте дыхания.

**Гортань** правильной формы, ее положение нормальная, при пальпации гортань подвижная, безболезненная.

**Осмотр грудной клетки:**

Статический: форма грудной клетки гиперстеническая, обе половины симметричны между собой, односторонних западений или выпячиваний не обнаружено.

Динамический: обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания одинаково, тип дыхания-смешанный, частота дыхания нормальная (20 дыхательных движений в минуту), глубина дыхания нормальная, дыхание ритмичное, вспомогательная мускулатура шеи, плечевого пояса в акте дыхания участия не принимает.

При **пальпации** грудная стенка безболезненна, патологических изменений кожи и подкожного жирового слоя над грудной клеткой, а также межреберных мышц, нервов и ребер не отмечается. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено над всеми отделами грудной клетки. Добавочных дыхательных шумов (сухих хрипов и шума трения плевры) при пальпации не выявлено.

При **сравнительной перкуссии** легких определяется коробочный звук над всей поверхностью легких.

**Топографическая перкуссия легких:**

1. Высота стояния верхушки левого легкого:

спереди на 3 см выступают над ключицей

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

2. Высота стояния верхушки правого легкого:

спереди на 3 см выступают над ключицей

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

3. Нижние границы правого и левого легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название линий | Границы легкого | |
| Правого | левого |
| Linea parasternalis | V межреберье | - |
| Linea medioclavicularis | VI межреберье | - |
| Linea axillaris anterior | VII межреберье | VII межреберье |
| Linea axillaris media | VII межреберье | VIII межреберье |
| Linea axillaris posterior | IX межреберье | IX межреберье |
| Linea scapularis | X межреберье | X межреберье |
| Linea paravertebralis | Остистый отросток ХI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

4. Подвижность легочного края по linea axillaris media:

справа на вдохе 2 см слева на вдохе 3 см

на выдохе 3 см на выдохе 2,5 см

суммарная 5 см суммарная 5,5 см

**Аускультация легких:**

Везикулярное дыхание ослаблено над всеми отделами. На уровне VI-VII шейного позвонка, а также в области рукоятки грудины выслушивается физиологическое бронхиальное дыхание. Добавочных дыхательных шумов нет. Бронхофония ослаблена над всеми отделами легких.

**3. Органы кровообращения:**

Приосмотре **сосудов шеи** набухания шейных вен не выявлено, патологических пульсаций артерий и вен не обнаружено.

При осмотре **области сердца** сердечного горба не замечено, верхушечный толчок не виден, сердечный толчок отсутствует, эпигастральной, а также других пульсаций в области сердца нет.

При **пальпации** области сердца верхушечный толчок обнаружен в области V межреберья на 0,5 см кнутри от linea medioclavicularis, по площади он нормальный, по высоте-низкий, по силе-слабый. Сердечный толчок и другие пульсации при пальпации не выявлены.

**Артериальный пульс** по величине кровенаполнения на лучевых артериях правой и левой руки одинаковый. Пульс ритмичный. Частота пульса 72 уд./мин., наполнение и напряжение, величина и скорость пульса нормальная, дефицита пульса не наблюдается.

При пальпации артерий и вен других областей морфологических изменений артерий, а также признаков варикозного расширения вен и тромбофлебитов не обнаружено.

**Артериальное давление** 130/80 мм рт ст

**Перкуссия сердца:**

1. Высота стояния диафрагмы по linea medioclavicularis dextra на уровне VI межреберья.

2. Границы относительной сердечной тупости:

правая-на уровне IV межреберья на 0,5 см кнаружи от правого края грудины

левая-на уровне V межреберья на 0,5 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra

верхняя-на уровне III межреберья по linea parasternalis sinistra.

3. Размеры сердца:

правая медиана-3 см

левая медиана-9,0 см

поперечник сердца-12 см

4. Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины не уровне IV межреберья

Левая - на 0,5 см кнутри от границы левой относительной сердечной тупости (на 1 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra на уровне V межреберья)

верхняя-на уровне IV ребра по linea parasternalis sinistra.

5. Границы сосудистого пучка:

Правая - правый край грудины

Левая - левый край грудины

ширина сосудистого пучка-6 см

Конфигурация сердца нормальная.

**Аускультация сердца:**

Два тона сердца одновременно ослаблены во всех точках аускультации. Изменения тембра тонов, расщепления или раздвоения тонов, а также появления трехчленных ритмов не отмечается. Шумы в сердце не выслушиваются.

**Аускультация сосудов:**

При аускультации сосудов патологических тонов и шумов не обнаружено.

**4. Органы пищеварения:**

**Осмотр полости рта:** Язык правильной формы, влажность и цвет нормальные, сосочки выражены умеренно, язык обложен белым налетом. Трещины, язвы, опухоли на языке отсутствуют.

Во рту 29 зубов и три протеза, прикус правильный, кариозных зубов нет.

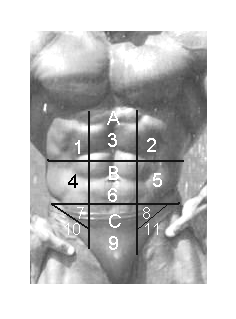
Десны не кровоточат, не разрыхлены. Признаков пародонтоза, а также язв и высыпаний на деснах нет.

Миндалины розового цвета, не увеличены. Налета на миндалинах и патологических их изменений нет.

**Осмотр живота**: форма живота правильная. Отмечается общее увеличение живота, обе половины симметричны, пупок втянут. Живот участвует в акте дыхания. В правой подвздошной области имеется шрам в результате заживления операционной раны (аппендектомия в 1975 году). Участков гиперпигментации, физиологической или патологической перистальтики, сыпи, рубцов, грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний при осмотре живота не обнаружено.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота:** живот мягкий, болезненный в эпигастрии, а также в левой паховой и девой латеральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Менделя-Раздольского отрицательные. Расхождения прямых мышц живота и грыж нет.

**Глубокая скользящая методическая пальпация живота по методу Образцова-Стражеско.**



|  |
| --- |
|  |

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в виде подвижного образования цилиндрической формы, размером 2-3 см, с гладкой поверхностью, эластической консистенции. Отмечается умеренная болезненность сигмовидной кишки, а также ее урчание.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра толщиной 2,5 см. Она безболезненна, не урчит. Консистенция эластическая

Червеобразный отросток не пальпируется.

**Области на передней брюшной стенке.**

***А. Epigastrium.***

***В. Mesogastrium.***

***С. Hypogastrium.***

***1. Regio hypochondriaca dextra.***

***2. Regio hypochondriaca sinistra.***

***3. Regio epigastrica propria***

***4. Regio abdominalis lateralis dextra.***

***5. Regio abdominalis lateralis sinistra.***

***6. Regio umbilicalis.***

***7. Regio iliaca dextra.***

***8. Regio iliaca sinistra.***

***9. Regio pubica.***

***10. Regio inguinalis dextra.***

***11. Regio inguinalis sinistra.***

|  |
| --- |
|  |

Поперечно-ободочная кишка пальпируется в мезогастральной области в виде подвижного цилиндра плотной консистенции толщиной 3 см; слегка болезненна, поверхность ровная.

|  |
| --- |
|  |

Восходящий и нисходящий отделы пальпируются в виде плотных цилиндров; поверхность их гладкая, диаметр-3,5-4,5 см. Нисходящий отдел умеренно болезненный и урчит.

Печеночный и селезеночный углы не пальпируются.

Большая и малая кривизна желудка не пальпируется.

Исследование печени:

**Перкуссия печени.** Верхняя граница определяется в VI межреберьи по linea medioclavicularis dextra.

Нижние границы печени:

По linea axillaris anterior dextra-на уровне Х межреберья.

По linea medioclavicularis dextra-на 1 см выше реберной дуги.

По linea parasternalis dextra-по краю реберной дуги.

По linea mediana anterior-на 1 см ниже эпигастрального угла.

По linea parasternalis sinistra-на уровне VI межреберья.

Размеры печени по Курлову:

I размер (по правой срединно-ключичной линии)-9 см

II размер (по передней срединной линии)-7,5 см

III размер (по косой линии по левой реберной дуге)-7 см

При **пальпации** печени пальпируется нижний край правой доли печени на 0,5 см ниже реберной дуги. Край ровный, закругленный, мягкий, умеренно-плотной консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Френикус-симптом, а также симптомы Ортнера и Кера отрицательные.

Исследование селезенки.

Селезенка пальпаторно не определяется.

Перкуссия селезенки:

Верхняя граница по linea axillaris media-на уровне IX ребра.

Нижняя граница селезенки по linea axillaris media- на уровне нижнего края X ребра.

Передняя граница селезенки-на 0,5 см кнутри от linea axillaris anterior.

Поджелудочная железа не пальпируется.

**5. Органы мочеотделения.**

При **осмотре** поясничной области и области мочевого пузыря сглаживания контуров, выбухания, покраснения и припухлости не обнаружено.

По данным **перкуссии** поколачивание по поясничной области безболезненно, симптом Пастернацкого отрицательный. Признаков переполнения мочевого пузыря нет.

Правая и левая почки не пальпируются. При пальпации мочеточниковых точек и мочевого пузыря болезненности не возникает.

**6. Нервная система.**

Нарушения поведения, мимики, речи, интеллекта не наблюдается. Глазные щели одинаковой величины. Глаза одинакового размера, мидриаза и миоза нет. Отмечаются активные прямая и содружественная реакции зрачков на свет. Нистагма, ригидности затылочных мышц, болезненности нервных стволов при пальпации, параличей и судорог не выявлено. Тактильная, болевая, термическая чувствительность в норме. Патологических рефлексов, тремора рук, нарушения походки и устойчивости не наблюдается.

**7. Эндокринная система.**

Симптомов тиреотоксикоза (экзофтальм, симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага) нет. Щитовидная железа при пальпации безболезненна, обычных размеров, эластической консистенции, узлов нет. Тремор рук и век отсутствует. Усиленной пигментации слизистых оболочек и кожных складок не замечено. Депигментации кожного покрова и стрий нет. Признаков инфантилизма, гипогонадизма, евнухоидизма, гинекомастии не обнаружено. Размеры носа, челюстей, ушных раковин не увеличены. Размеры стоп и ладоней пропорциональны. Ожирения не отмечается.

**VII. Данные лабораторных и инструментальных методов исследований. Консультации специалистов.**

**1. Общеклинические анализы крови, мочи, кала, мокроты.**

Клинический анализ крови. Дата: 21 апреля 1998 г..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Эритроциты (в 1 литре).** | **Гемоглобин (г/л).** | **Цветной показатель.** | **Тромбоциты (в 1 литре).** | **Лейкоциты.** | | | | | | |
| **Количество в литре** | **Б (%)** | **Э (%)** | **П (%)** | **С (%)** | **Л (%)** | **М (%)** |
| *3,01012* | *86* | *0,86* | *180109* | *3,2109* | *1* | *11* | *1* | *57* | *23* | *7* |

СОЭ : *8 мм./ч.*

*Умеренный анизоцитоз.*

Клинический анализ крови. Дата: 27 апреля 1998 г..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Эритроциты (в 1 литре).** | **Гемоглобин (г/л).** | **Цветной показатель.** | **Ретикулоциты (об. %)** | **Лейкоциты.** | | | | | | |
| **Количество в литре** | **Б (%)** | **Э (%)** | **П (%)** | **С (%)** | **Л (%)** | **М (%)** |
| *3,51012* | *101* | *0,83* | *21* | *3,0109* | *-* | *5* | *1* | *60* | *27* | *7* |

СОЭ: 10 *мм./ч.*

*Умеренный анизоцитоз.*

Клинический анализ крови. Дата: 29 апреля 1998 г..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эритроциты (в 1 литре). | Гемоглобин (г/л). | Цветной показатель. | Тромбоциты (в 1 литре). | Лейкоциты. | | | | | | |
| Количество в литре | Б (%) | Э (%) | П (%) | С (%) | Л (%) | М (%) |
| *3,51012* | *98* | *0,83* | *-* | *4,1109* | *1* | *7* | *2* | *62* | *23* | *5* |

СОЭ: 12 *мм./ч.*

*Полтхромазия, гипохромия, анизоцитоз.*

Клинический анализ мочи.

Количество *100 мл*

Цвет *светло-желтый*

Прозрачность *нормальная*

Реакция *кислая*

Удельный вес *1005*

Белок *нет*

Сахар *нет*

Лейкоциты *1-3 в поле зрения*

Плоский эпителий *3-5 в поле зрения*

BK *нет*

Дата: 28 апреля 1998 г..

Анализ кала на скрытую кровь.

*Реакция на скрытую кровь отрицательная*.

Дата: *21 апреля 1998 г..*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**2. Биохимические исследования показателей крови.**

**Биохимический анализ крови.**

Общий белок *70 г/л*

ПТИ *86%*

Мочевина *5,1 ммоль/л*

Креатинин *70 ммоль/л*

Билирубин общий *9,3 ммоль/л*

Тимоловая проба *3,2 ед*

Формоловая проба *2,0 мл*

Амилаза *4 гр/л*

АСТ *0,18 мг/л*

АЛТ *0,29 мг/*

Дата: *22 апреля 1998 г..*

**Анализ крови на содержание калия.**

Калий: *13,9 мкмоль/л*

Дата: *22 апреля 1998 года.*

**Анализ крови на сахар.**

Сахар: *3,3 ммоль/л*

Дата: *21 апреля 1998 г..*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**3. Инструментальные методы исследования.**

**Эндоскопическое исследование.**

Пищевод свободно проходим. В нижней трети над кардией язва, размером 0,40,60,2 см. (биопсия). Кардия смыкается. Слизистая желудка бледная, имеются очаги атрофии. Складки и перистальтика прослеживаются везде. Привратник и луковица двенадцатиперстной кишки в норме.

**Диагноз:** Язва пищевода. Очаговый атрофический гастрит.

**Ультразвуковое исследование.**

Печень не увеличена, обычной формы, контуры четкие, ровные, однородность структуры. Эхогенность паренхимы не изменена. Сосудистый рисунок обычный. Расширения нижней полой и печеночных вен не отмечено. Воротная вена, внутрипеченочные желчные протоки, общий желчный проток не изменены. Желчный пузырь расположен обычно, стенки не утолщены, содержимое гомогенно. Поджелудочная железа обычных размеров, визуализируется фрагментами, контуры четкие, ровные, эхогенность умерено повышена. Увеличение зернистости. Селезенка не увеличена, гомогенность эхоструктуры. Почки одинаковых размеров, обычной формы и положения. Контуры четкие. Чашечно-лоханочный комплекс уплотнен, не расширен, толщина паренхимы 15 мм с обеих сторон, чашки и лоханка не увеличены. Конкременты определяются слева в паренхиме среднего сегмента, диаметром 4-5 мм, в верхнем сегменте диаметром 4,0 мм. Справа типичные микролиты.

**Гистологическое заключение.**

Пять кусочков серо-желтого цвета от 0,202 до 0,30,3 см. В биоптатах переходный отдел слизистой пищевода в желудок. Под гиперплазированным слоем многослойного плоского эпителия располагается отрослевая ткань низкодифференцированной аденокарциномы. В биоптатах слизистой атрофия и деформация желез, очаговая кишечная метаплазия.

**Диагноз:** Низкодифференцированная аденокарцинома.

VIII. Клинический диагноз.

**Основной:** Рак нижней трети пищевода.

**Осложнения:** Язвенное кровотечение. Гипохромная анемия.

**Сопутствующий:** Язва нижней трети пищевода, впервые выявленная. Очаговый атрофический гастрит в стадии обострения. Мочекаменная болезнь. Вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. ХПН 0.

IX. Обоснование основного диагноза.

В процессе расспроса выявлены жалобы на постоянные, слабые, ноющие боли в эпигастрии, прогрессирующие запоры, а также общие расстройства (слабость и головокружение).

Заболевание возникло остро. На фоне полного благополучия возникли запоры, которые имели тенденцию к прогрессированию.

Четкой клинической картины, характерной для злокачественных новообразований, на момент курации не наблюдается.

Из особенностей функционального статуса следует отметить общие расстройства в виде повышенной утомляемости, снижения трудоспособности, головной боли, головокружения.

Следует отметить, что профессиональные вредности могли способствовать раковой трансформации, так как в желудочно-кишечный тракт иногда поступали канцерогенные факторы (этилированный бензин). Обращает на себя внимание тот факт, что мать больного скончалась от рака легкого.

При объективном исследовании отмечается болезненность живота при поверхностной ориентировочной пальпации в эпигастральной области, а также болезненность сигмовидной, поперечно-ободочной и нисходящей ободочной кишки при глубокой скользящей методической пальпации.

При дополнительном обследовании по результатам анализов крови выявлена эритропения и снижение цветного показателя, что свидетельствует о гипохромной анемии и осложнении данного заболевания кровотечением.

На основании патогистологического заключения был поставлен морфологический диагноз: **низкодифференцированная аденокарцинома**. На основании морфологического диагноза был поставлен клинический диагноз**: рак нижней трети пищевода.**

Х. Принципы лечения.

1. Если процесс не зашел слишком далеко, то есть еще нет метастазов, то больному может быть показано оперативное лечение. Операция заключается в резецировании пораженного отдела органа, а также органных и регионарных лимфатических узлов.

2. При невозможности или нецелесообразности оперативного вмешательства необходимо использовать рентгенотерапию (облучение опухоли большими дозами рентгеновского излучения). Необходимо применять цитостатические препараты (алкилирующие средства, антиметаболиты, противоопухолевые антибиотики и др.). Необходимо проводить коррекцию иммунной системы витаминными препаратами, а также иммуномодуляторами.

3. При прогрессировании заболевания до инкурабельных стадий проводится симптоматическое лечение, направленное на продление жизни и уменьшении страданий больного. В этом случае, если возможно, то проводятся паллиативные и симптоматические операции. Необходимо облегчить страдания больного, используя для этого седативные средства и наркотические анальгетики.

XI. Принципы профилактики.

В настоящее время не существует комплекса ограничительных мероприятий, выполнение которых гарантировало бы человека от заболевания на 100%. Но, тем не менее, можно предложить некоторые превентивные меры, которые уменьшают риск возникновения данного заболевания.

Во-первых, нужно расстаться с вредными привычками, если они есть у человека, так как алкоголь и никотин провоцируют и стимулируют канцерогенез.

Во-вторых, необходимо избегать употреблять в пищу канцерогенные пищевые добавки, и другие канцерогены.

В-третьих, необходимо лечить те заболевания, которые приводят к метаплазии слизистой пищевода.

И, наконец, необходимо внимательно следить за своим здоровьем и при малейших симптомах данной патологии сразу обратиться к квалифицированному специалисту, так как большинство опухолей успешно излечиваются на ранних стадиях.