### Паспортные данные.

Ф.И.О.: XXX

Возраст: 49 лет (1953 г.р.)

Адрес: г. XXX

Место работы: не работает

Дата поступления: 17.02.03.

Дата курации: 20.02.03.

Диагноз направившего учреждения: Cr мочевого пузыря

Диагноз при поступлении: Рак мочевого пузыря T2N0M0, оперативное лечение в 1993 г.

Клинический диагноз:

1. основной: Рецидив рака мочевого пузыря T2N0M0, оперативное лечение в 1993 г., с обструкцией левого мочеточника.
2. сопутствующий: ЯБДПК в стадии ремиссии; хроническая постгеморрагическая анемия.

Жалобы.

1. Жалобы на момент поступления.

Пациент жалуется на примесь крови в моче со сгустками, иногда учащенное и болезненное мочеиспускание.

2. Жалобы на момент курации.

На момент курации предъявляет жалобы на боли в области п\о раны, общую слабость.

### Anamnesis morbi.

Считает себя больным, с апреля1993 года, когда впервые появилась примесь крови в моче, стал отмечать затруднения при мочеиспускании. Эти симптомы наблюдались кратковременно, за мед. помощью не обращался.

В октябре 1993г. повторно появилась примесь крови в моче в большом кол-ве, с этими жалобами обратился к урологу в ДКБ№2, были проведены диагностические исследования, показано оперативное лечение.

05.11.93. перенес резекцию МП (высокодиф-ный переходно-клеточный рак) , поставлен диагноз: Cr мочевого пузыря T2N0M0. В удовлетворительном состоянии был выписан из отделения.

Назначено контрольное обследование на февраль 1994г., при контрольном обследовании рецидив опухоли не обнаружен.

В дальнейшем у уролога не наблюдался, жалоб не предъявлял.

В мае 2002г. обследовался у терапевта по месту жительства, по поводу ОРЗ, была выявлена микрогематурия, дано направление на консультацию к онкологу, гематологу. Больной за мед. помощью не обращался.

С января 2002г. состояние больного изменилось следующим образом: стал отмечать тотальную макрогематурию, которая сопровождалась отхождением сгустков крови, неопределенной формы. Кроме того, отмечал учащенное и болезненное мочеиспускание, боли в надлобковой области, которые появлялись в конце мочеиспускания. С этими жалобами больной обратился к урологу в ДКБ №2.

Больной был обследован, выявлена папиллярная опухоль на левой боковой стенке с переходом на заднюю. Показано оперативное лечение.

Перед операцией (по настоятельной просьбе) больной был выписан из отделения в удовл. состоянии.

17.02.03. был планово госпитализирован, жалоб на момент поступления не предъявлял.

19.02.03. проведена резекция МП, уретроцистостомия слева.

Состояние больного после операции средней степени тяжести, предъявляет жалобы на боли в области п\о раны. С целью обезболивания назначен: S. Omnoponi 2%-1ml в\м.

### Anamnesis vitae.

Родился в г. Челябинске в 1953 г. Возраст родителей больного при его рождении: матери-25 лет, отцу-28. Родился в срок, доношенным, масса тела при рождении 3200г. Был вторым ребенком в семье (есть старший брат). Ходить и говорить начал вовремя. Рахитом не болел. Рос и развивался соответственно возрасту. Учился в средней школе (с 7 лет), после окончания которой(8 классов) получил среднетехническое образование (ЖДТ) – механик. По профессии не работал, 25 лет – проработал шофером (КАМАЗ).

Перенесенные в детстве заболевания указать не может. Из сопутствующих заболеваний отмечает ЯБДПК. Травм не было. Перенес операцию по поводу резекции мочевого пузыря (1993г). Туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Из вредных привычек отмечает: курение (с 17 лет) по 1 пч. в день, с фильтром. Связанные с профессией, такие вредные факторы, как: частое употребление кофе, неправильное питание, злоупотребление копчеными, консервированными продуктами, ограниченный прием жидкости. Токсикоманию, наркоманию отрицает. Последнее время условия питания и социально-бытовые условия удовлетворительные.

### Наследственный анамнез.

В семейном анамнезе заболевания мочеполовых органов отрицает. Туберкулез, венерические заболевания у родственников отрицает. Отец умер в возрасте 78 лет – рак легких. Мать умерла в возрасте 82 лет (причину смерти указать не может).

### Трансфузионный анамнез.

Гемотрансфузии без осложнений( эритроцитарная масса) – 27.01.03.

### Аллергологический анамнез.

Аллергические реакции отрицает.

### Семейный анамнез.

Женат, имеет 2 сыновей (23 и 26 лет), дети здоровы.

### Профессиональный анамнез.

Трудовую деятельность начал с 20 лет. Рабочий день был всегда ненормирован, работа на транспорте. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.

### Социальный анамнез.

Проживает с женой и сыном в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день в достаточном количестве, дома.

### Страховой анамнез.

С января 2003г. по сегодняшний день нетрудоспособен, по причине болезни.

### Status communis.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение гипостеническое. Питание нормальное. Вес 55 кг., рост 170 см., истинный пол соответствует паспорту. Кожные покровы чистые, отеков нет. Цвет и форма волос наследственно обусловлены. Ногти на ногах и руках имеют овальную форму, блестящие, без исчерченности и повреждений. Конъюнктивы и слизистая рта чистые. Корень языка не обложен. Щитовидная железа не увеличена. Периферические л.у. не увеличены.

Per rectum: простата обычных размеров, мягкая, б\болезненная, междолевая бороздка сглажена.

### Локомоторный аппарат

Кости конечностей, грудной клетки, черепа не изменены, ощупывание поколачивание болезненность не вызывает. Мышцы развиты умеренно, тонус их нормальный, сила достаточная, при пальпации уплотнений не содержат, безболезненны. Суставы конечностей не утолщены, имеют свойственную им конфигурацию, пальпаторно безболезненны, при движении бесшумные. Объем движений характерен для каждой пары суставов.

##### Кисть

Удерживает взятые в руку предметы. Выпрямленная кисть с предплечьем составляет прямую линию. Тал пясть не западает. Тенор и гипотенор выражены хорошо.

##### Позвоночник, голова

Узелков на волосистой части головы и остистых отростков нет. Поколачивание по черепу и позвонкам не вызывает. Умеренно выражены шейный и поясничный лордоз, грудной кифоз.

##### Голова, шейный отдел позвоночника

Без затруднений, ограничений выполняет упражнения:

* Положить подбородок на грудь – 0
* Достать ухом плечо – 35
* Симптом Форестье – отрицательный
* Поворот головы вправо влево – 120

###### Грудной отдел позвоночника

* Сгибание влево (вправо) –35
* Вперед – 80
* Прогиб назад – 30

Симптом Шобера отрицательный. Симптом Томайера - отрицательный. Осанка прямая. Походка ровная.

### Дыхательная система.

Грудная клетка астенического типа, обе половины ее симметрично участвуют в дыхании. Окружность грудной клетки 89 см., экскурсия 5 см. Голосовое дрожание умеренно выражено во всех отделах и одинаково с обеих сторон. Пальпация ребер, межреберных промежутков, точек Валле безболезненна. Дыхание ритмичное с частотой 20 дыхательных движений в минуту, грудное. При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется ясный легочный звук. Верхняя граница правого и левого легких спереди находится на 3см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Нижние границы правого легкого по среднеключичной линии – 6 ребро, передней подмышечной – 8 ребро, задней подмышечной – 9 ребро, лопаточной – 10 ребро, околопозвоночной – 11 ребро. Нижние границы левого легкого: передняя подмышечная линия – 7 ребро, средняя подмышечная линия – 8 ребро, задняя подмышечная – 9 ребро, подлопаточная – 10 ребро, околопозвоночная – 11 ребро. Подвижность легочного края справа и слева по средней подмышечной линии – 8 см. Аускультация: на всем протяжении легких дыхание везикулярное, в межлопаточном пространстве (4 грудной позвонок) – бронхиальное дыхание. Бронхофония не изменена.

### Сердечно-сосудистая система.

При осмотре области сердца сердечный горб не определяется. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок и другие патологические пульсации отсутствуют. При пальпации области сердца верхушечный толчок определяется в 5 межреберье слева, на 1,5 см. кнутри от среднеключичной линии: не уширен, не усилен, нормален по высоте и амплитуде. Систолическое и диастолическое дрожание не определяется. Границы относительной тупости сердца: левая- 5 межреберье на 1,5 см. кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - в 3 межреберье слева, правая\_ по правому краю грудины. Границы абсолютной тупости сердца: левая на 2,0см. кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя- 4 межреберье слева, правая - левый край грудины. Сосудистый пучок не выходит за края грудины. При аускультации: ритм сердечных сокращений правильный, с частотой 98ударов в минуту. Акцент 2 тона над аортой. Соотношение тонов сохранено. Расщепления, раздвоения, дополнительных тонов, шумов нет.

При осмотре – видимой пульсации артерий нет. При пальпации височных, общих сонных, подключичных, подмышечных, плечевых, лучевых, бедренных, подколенных, задних большеберцовых артерий, артерий тыла стопы пульсация имеется, симметричная. Пульсация дуги аорты слабая, брюшной аорты слабая. Сосудистая стенка мягкая, эластичная, безболезненная. При аускультации артерий шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях ритмичный, с частотой 64 удара в минуту, умеренного наполнения, напряжения, нормален по величине и форме. Pulsus differens отсутствует. АД 160\100 мм рт. ст. на обеих руках. Вены шеи, грудной, передней брюшной стенки, верхних конечностей не набухшие, без узловатостей, уплотнений не содержат, безболезненны. Вены нижних конечностей умеренно набухшие.

### Желудочно-кишечный тракт.

Осмотр полости рта: язык не увеличен в размерах, влажный, сосочковый слой выражен умеренно. Слизистая десен, мягкого, твердого неба розово-красного цвета, без налета, зев

Задняя стенка глотки красно-розового цвета. Полость рта санирована

Осмотр живота: живот равномерно увеличен в размере, правильной формы, пупок втянут, брюшная стенка симметрично участвует в дыхательных движениях.

При ориентировочной пальпации: живот мягкий, безболезненный во всех отделах, грыжевые выпячивания, опухолевидные образования не пальпируются. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Перкуторный звук-тимпанид. При аускультации выслушивается умеренное количество перистальтических шумов(5 шумов в минуту).

##### Желудок:

область эпигастрия не выбухает. Нижняя граница желудка при пальпации определяется на 3 см выше пупка в виде мягкого, эластичного, безболезненного валика. Привратник не пальпируется, область пальпации безболезненна.

##### Сигмовидная кишка.

Пропальпировать не удалось.

##### Слепая кишка.

Пропальпировать не удалось.

##### Конечная часть подвздошной кишки.

Пропальпировать не удалось.

##### Червеобразный отросток.

Область пальпации червеобразного отростка безболезненна, аппендикс не пальпируется.

##### Восходящая толстая кишка. Нисходящая толстая кишка.

Пальпируется в виде цилиндров, толщиной 3 см. Мягкие, эластичные, ровные, неподвижные, безболезненные, не урчат.

##### Поперечно- ободочная кишка.

Пальпируется в форме цилиндра, диаметром 3 см. Мягкая, эластичная, подвижная, безболезненная, не урчит. Пальпируется на 2,5 см ниже большой кривизны желудка.

### Гепато–билиарная система.

##### Печень:

Область правого подреберья не выбухает. Пульсация в области печени отсутствует. Размеры печеночной тупости по Курлову: верхний край печеночной тупости (по среднеключичной линии) на уровне 4 ребра. Нижний край: по правой среднеключичной линии-9 см, по передней срединной линии-8 см, по левой реберной дуге-7,5 см. Край печени не выходит за край реберной дуги, при пальпации: острый, мягкий, ровный, безболезненный.

##### Желчный пузырь:

Не пальпируется, область его проекции (место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой) безболезненная. Симптом Кера, Грекова-Ортнера, Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – отрицательные. Болезненность в пузырной, реберно-позвоночной и акромиальной точках отсутствует.

##### Поджелудочная железа:

Не пальпируется. Область ее проекции безболезненная.

### Мочевыделительная система.

См. status locales.

### Половая система.

Вторичные половые признаки, распространение волос и распределение жировой клетчатки соответствует полу.

### Органы кроветворной системы.

##### Селезенка:

Область левого подреберья не выбухает, при пальпации безболезненная.

Перкуторные размеры: длинник – 6 см, поперечник – 4см. Край селезенки не пальпируется.

### Эндокринная система.

Щитовидная железа не видна, пальпируется только перешеек. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, Мари отрицательные.

### Нервная система.

##### Сознание ясное, контактирует легко. Настроение ровное, спокойное. Сон хороший, головные боли не беспокоят. Зрение ослаблено (дальнозоркость), слуховые и вкусовые ощущения не изменены.

**Status locales.**

##### Почки:

Область почек не изменена, безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Почки пропальпировать не удалось.

##### Мочевой пузырь:

Мочевой пузырь невозможно пропальпировать из-за п\о раны.

##### Мочеточники:

Болезненность в верхних и нижних мочеточниковых точках определить не удалось, из-за наличия п\о раны.

П\о рана – по нижнесрединной линии, послойно ушита до дренажей(с закрытыми швами). В верхнем левом углу имеется полихлорвиниловая трубка (цистостома), работает. Подключена промывная система. Йод повязка сухая.

**План обследования.**

* ОАК
* Красная кровь (в динамике)
* Группа крови, Rh
* ОАМ
* Б\х анализ крови
* RW
* Цистоскопия
* Цитологическое исследование
* Экскреторная урография
* Радионуклидная ренография
* УЗИ
* ЭКГ
* ФЭГДС

**Результаты исследования.**

#### Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели\число | 18.02.03 |
| Hb | 118 г\л (N130-160) |
| Лейкоциты | 4,6×109 |
| Эозинофилы | 3 |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 3% |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 77% (до 72%) |
| Эритроциты | 3,68\*1012/л (N 4,5\*1012/л) |
| Лимфоциты | 15% (19-37%) |
| Моноциты | 2% |
| Ц.П. | 0,9 |
| СОЭ | 5мм\ч |

Вывод: ↓Hb,↓эритроцитов при N ЦП ► хроническая постгеморрагическая анемия. ↑ сегм. нейтрофилов►м.б. в связи с опухолью.(?) ↓лимфоцитов ( ?)

#### Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели\число | 20.02.03 |
| Hb | 113 г\л (↓) |
| Лейкоциты | 11,7 ×109 |
| Эозинофилы | 3 |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 4% |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 59% |
| Эритроциты | 3,77\*1012/л |
| Лимфоциты | 31% |
| Моноциты | 3% |
| Ц.П. | 0,91 |
| СОЭ | 5мм\ч |

#### Вывод: ↓ Hb, ↓ эритроцитов при N ЦП ► хроническая постгеморрагическая анемия лейкоцитов (N 4,9-8,8 ×109 ►

Воспалит. явления, опухоль.

Красная кровь (18.02.03)

Нb 103 г\л

Эр. 3,43×1012 \л

ЦП 0,9

Красная кровь (19.02.03)

Hb 110 г\л

Эр. 3,5×1012/л

ЦП 0,9

Красная кровь (21.02.03)

Hb 113 г\л

Эр. 3,86×1012/л

ЦП 0,89

Вывод: ► хроническая постгеморрагическая анемия.

Группа крови (27.01.03)

0 (I) Rh «+»

#### Общий анализ мочи (от 18.02.03).

Цвет с\желтый

Уд. Вес 1012 (N1010-1025)

Прозрачность: мутная

РН 5

Белок – 0,780

Лейкоциты 25 в п.з.

Эритроциты : все поля зрения

Слизь : ++++

Бактерии : +++

Вывод : гематурия, лейкоцитурия (воспалит. процесс), протеинурия, бактериурия

#### Биохимический анализ крови от 18.02.03.

Билирубин 9,6 мкмоль/л(N 8,55-20,5мкмоль\л)

Мочевина 4,0ммоль/л (N 2,9-8,9)

Креатинин 69 мкмоль/л (N 44-150)

Сахар 4,21 ммоль\л (N 3,30-6,90)

Вывод: без отклонений.

#### Биохимический анализ крови от 21.02.03.

Билирубин 6,7 мкмоль/л(N 8,55-20,5мкмоль\л)

Мочевина 4,7ммоль/л (N 2,9-8,9)

Креатинин 100 мкмоль/л (N 44-150)

Сахар 2,85 ммоль\л (N 3,30-6,90)

Вывод: без отклонений.

ФПП, АСТ, АЛТ (18.02.03)

АЛТ 0,28 мкмоль/мл⋅ ч (N 0,1-0,68)

АСТ 0,21 мкмоль/мл⋅ч (N 0,1-0,45)

Натрий 142 ммоль/л (N 130-157)

Калий плазмы 4,5 ммоль/л (N 3,3-5,5)

ФПП тим. 0,7 (0-4 ед.)

Вывод: без отклонений

ФПП, АСТ, АЛТ (21.02.03)

АЛТ 0,35 мкмоль/мл⋅ ч (N 0,1-0,68)

АСТ 0,28 мкмоль/мл⋅ч (N 0,1-0,45)

Натрий 142 ммоль/л (N 130-157)

Калий плазмы 4,1 ммоль/л (N 3,3-5,5)

ФПП тим. 1,4

Вывод: без отклонений

RW «-» (27.01.03)

*Цитоскопия (29.01.03)*

Под в\в наркозом цитоскоп введен в МП, уретра свободно проходима , остаточной мочи 30 мл., емкость МП 250 мл. Среда геморрагическая, видимость не удовлетворительная. На левой боковой стенке имеется бугристая опухоль, кровоточит. Образование расположено ближе к шейке МП . устье не визуализируется.

*Заключение :* Опухоль МП.

*Цитологическое исследование (от 1993г., данных за 2003 г. еще нет)*

Высокодифференцированный, переходноклеточный рак T2N0M0.

*Экскреторная урография (28.01.03)*

Заключение : Поясничная дистопия правой почки, f почек сохранена. Состояние после опер. лечения на МП.

*Радионуклидная ренография (999 24.01.03)*

Заключение: Замедление выделительной f обеих почек.

*УЗИ (28.01.03)*

Диффузные изменения печени, паренхимы почек (с утолщением слева), мелкий конкремент левой почки.

*УЗИ (04.02.03)*

В просвете МП визуализируется объемное образование с неровными, четкими контурами, интимно связанное с шейкой МП (шейка в виде ножки гриба, а объем в виде «шапочки»).

Размеры объемного образования 50 ×48 мм.

Простата с ровными, четкими контурами, не увеличена в размере, однородно-повышенной эхогенности, без диф-ки на анатомофизиол. структуры.

*Заключение:* признаки объемного образования МП, с вовлечением шейки, признаки хр. простатита.

*ЭКГ(18.02.03)*

Синусовый ритм, с ЧСС 63 уд\мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

*ФЭГДС (11.02.03)*

Слизистая желудка в антральном отделе очагово гиперемирована на фоне атрофии.

**План дообследования.**

* Цитологическое исследование.
* Тазовая артериография.
* Прямая лимфография**.**
* Компьютерная томография.
* Иммунодиагностика.

**Диагноз:**

1. основной: Рецидив рака мочевого пузыря T2N0M0, оперативное лечение в 1993 г., с обструкцией левого мочеточника.

1. сопутствующий: ЯБДПК в стадии ремиссии; хроническая постгеморрагическая анемия.

**Обоснование диагноза.**

На основании

1. Жалоб больного – на частые болезненные мочеиспускания с тотальной макрогематурией, на боли при позывах к мочеиспусканию.
2. Анамнеза заболевания – из которого известно, что больной в ноябре 1993г. , был госпитализирован в отделение урологии ДКБ №2 и там был поставлен диагноз: Cr мочевого пузыря T2N0M0 (УЗИ,… цитоскопия, в\в урография, ренография, п\о цитология), оперативное лечение – резекция МП.
3. Данных лабораторных исследований мочи – явления воспаления , обильная микрофлора. В общем анализе – макрогематурия, лейкоцитурия, протеинурия, бактериурия.

4. Данных инструментальных исследований:

* УЗИ органов мочевой системы
* Цистоскопии
* Рад. ренография
* Экскреторная урография

Можно поставить диагноз: Рецидив рака мочевого пузыря T2N0M0, оперативное лечение в 1993 г., с обструкцией левого мочеточника.

Сопутствующие: ЯБДПК в стадии ремиссии; хроническая постгеморрагическая анемия.

**Лечение:**

Оперативное лечение – резекция МП, уретероцистостомия слева.(19.02.03)

Под э\трах. наркозом нижнесрединным разрезом с иссечением старого рубца,

Обнажена передняя стенка МП , взята на держалки и рассечена м\у ними. Эвакуирована часть мочи. При манипуляциях повреждена брюшина, дефект ушит кетгутом. При ревизии в проекции устья левого мочеточника имеется папиллярная опухоль на ножке d до 7 см, на передней стенке, над внутренним отверстием уретры - папиллярная опухоль до 2 см., левое устье не визуализируется, правое свободно перистальтирует. Выполнена электрорезекция МП, опухоли удалены, дефекты ушиты кетгутом. В связи с тем, что в линии резекции оказалось устье левого мочеточника необходима уретероцистостомия. Мобилитзирована Н\З левого мочеточника, последний пересечен. Дистальный конец перевязан, проксимальный анастамозирован конец в бок с МП в области верхушки. Дренажи и анастамозы выведены ч\з контрактуру в левой подвздошной области. МП дренирован резиновой трубкой с микроирригатором, рана его ушита, подключена промывная система. Опер. рана ушита до дренажей. Йод повязка.

Химиотерапия: К настоящему времени известно более 15 химиопрепаратов, обладающих активностью при опухоли данной локализации. Эти препараты вводят как в полость мочевого пузыря, так и внутриартериально, внутримышечно, внутривенно и эндолимфатически.

ЛТ: Показано проведение наружной ЛТ (70 Гр в течение 7 недель).