МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РФ

 ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИИ

 КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ, ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

 Зав. кафедрой профессор М.И.Талаев

 Преподаватель асс. Е.А.Сидорова

 ИСТОРИЯ БОЛЕЗHИ

 Куратор: Студент 8 группы III курса

 общеврачебного факультета

 Федин Алексей Петрович.

 Дата курации: 22/IX 1997 г.

 ИВАНОВО - 1997

 I. ФОРМАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.

 Ф.И.О.: x

 Пол: мужской.

 Возраст: 41 год.

 Национальность: русский.

 Основная профессия и место работы: рамщик,

 сельхоз. кооператив "Мир".

 Национальность: русский.

 Место жительства: Пестяковский р-н, пос. Нижний Ландех

 Семейное положение: женат

 Поступление в клинику: 17 сентября 1997г.

 Диагноз при поступлении: рак желудка с переходом на пищевод.

 Клинический диагноз: тот же.

 Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит.

 Исход болезни: за время курации изменений нет.

 II. ЖАЛОБЫ.

 1. Жалобы при поступлении в клинику.

 Жалобы на слабость, общее недомогание, плохой аппетит, ноющие

 боли в эпигастральной области не иррадиирующие, не связанную с

 приемом пищи,постоянную.

 2. Жалобы на день курации.

 На день курации больной предъявляет жалобы на постоянную ною-

 щую боль в животе, усиливающуюся ночью. Небольшую отрыжку.

 III. ANAMNESIS MORBI.

 Со слов пациента, первые симптомы заболевания появились в июле

 1997 года, когда он начал отмечать в эпигастральной облаcти пос-

 тоянные слабые боли ноющего и давящего характера, не иррадиирую-

 щие,не связанные с приемом пищи.Почувствовал слабость, общее не-

 домогание.В связи с этим, обратился к врачу и был госпитализиро-

 ван в местную больницу.После обследования в больнице врачом-те-

 рапевтом, был направлен в онкологический диспансер и 17 сентяб-

 ря 1997 года был госпитализирован в торакальное отделение онко-

 логического диспансера с диагнозом "рак желудка с переходом на

 пищевод".

 IV. ANAMNESIS VITAE.

 Пациент родился 1-м ребенком, в семье двое детей. Рос и разви-

 вался соответственно возрасту.

 Страдает хроническим пиелонефритом. В 1974 году перенес опера-

 цию - нефроэктомия справа.Туберкулез,гепатит, вензаболевания

 отрицает.

 В армии не служил. В 1974 году поступил в техникум. Затем начал

 работать по специальности мастер по деревообработке.

 Сейчас работает по специальности рамщик. Из профессиональных

 вредностей отмечает запыленность воздуха, пребывание на холоде,

 нерегулярный режим питания.

 Проживает в собственном доме. Материально-бытовые условия удов-

 летворительные, питание нерегулярное. В пище предпочтений нет.

 Свободное время проводит на приусадебном участке или отдыхает

 дома. Аллергических реакций не отмечает. Отец умер 20 лет назад

 от заболевания желудка.

 Курит с 20 лет, в настоящее время - по пачке сигарет в день; вы-

 пивает. Чаем, кофе не злоупотребляет.

 V. STATUS PRAESENS.

 1. Общее состояние больного.

 Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хоро-

 шее. Выражение лица осмысленное. Поведение обычное. Питание

 нормальное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 178 см.

 Масса - 72,5 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропор-

 циональное. Патологических изменений головы нет, в правой пояс-

 ничной области имеется послеоперационный рубец без признаков вос-

 паления.Температура тела 36,6. Пульс - 84 в мин., ЧД - 18 в мин.

 2. Состояние кожных покровов.

 Кожные покровы розовой окраски, чистые, несколько влажные. Во-

 лосы с проседью. Оволосение по мужскому типу. Подкожно-жировая

 клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина

 кожной складки на передней поверхности живота 2 см. Консистен-

 ция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и оте-

 ков нет. Патологических элементов нет. Ногти не изменены.

 Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

 3. Состояние лимфатических узлов.

 Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подборо-

 дочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, тора-

 кальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфати-

 ческих узлов нет. Не пальпируются.

 4. Костно-мышечная система.

 Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные груп-

 пы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет.

 Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и

 параличей нет. Мышечная сила выраженная, болезненность при

 пальпации отсутствует.

 Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосло-

 жение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубча-

 тых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не

 изменена. Припухлостей, отеков нет.Болезненности при пальпации

 суставов нет.Объем активных и пассивных движений в суставах

 сохранен.

 5. Система органов дыхания.

 Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через

 нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

 Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., ды-

 хание брюшное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрич-

 ная.

 При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голо-

 совое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

 одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участ-

 ками легких выслушивается ясный легочный звук.

 Данные топографической перкуссии легких:

 Линии Правое легкое Левое легкое

 Высота стояния верхушек

 легких спереди 3 см выше ключицы 3 см выше ключицы

 сзади ост.отр.C VII   ост.отр.C 4VII

 Ширина полей Кренига 5 см 5 см

 Нижняя граница легких:

 Окологрудинная линия V ребро ---------

 Среднеключичная линия VI ребро ---------

 Передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро

 Средняя подмышечная линия VIII ребро VIII ребро

 Задняя подмышечная линия IX ребро IX ребро

 Лопаточная линия X ребро X ребро

 Околопозвоночная линия ост.отр.Th XI   ост.отр.Th XI

 Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

 При аускультации в симметричных точках выслушивается везикуляр-

 ное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыха-

 тельных шумов не обнаружено.

 6. Сердечно-сосудистая система.

 Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмич-

 ный. Частота пульса 85 ударов/мин. Стенка артерии эластичная.

 Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. Выпячивания в области

 сердца и крупных сосудов не наблюдается.

 Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см,

 не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

 пульсация не наблюдается.

 Границы относительной сердечной тупости:

 Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межре-

 берье.

 Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

 межреберье.

 Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

 Границы абсолютной сердечной тупости:

 Правая - левый край грудины.

 Левая - 1,5 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

 межреберье.

 Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis si-

 nistra.

 Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

 Поперечник сердца - 12 см.

 В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше

 выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмич-

 ные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, рас-

 щеплений и раздвоений тонов нет.

 7. Система пищеварения.

 Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохожде-

 ния пищи по пищеводу не нарушены. Изжоги, тошноты, рвоты нет.

 Стул не изменен. Отмечает небольшую отрыжку.

 Язык покрыт беловатым налетом. Зев, миндалины, глотка без из-

 менений. Слизистые чистые,розовые, влажные.

 Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участ-

 вует в акте дыхания. Асцита нет.

 При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпаничес-

 кий звук, в области печени и селезенки - бедренный звук.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спо-

 койный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрица-

 тельные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

 Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

 Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

 Результаты глубокой скользящей пальпации:

 - сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2

 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

 консистенция эластичная; неурчащая.

 - слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

 безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консис-

 тенция эластичная; неурчащая.

 - поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра ди-

 аметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

 гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

 - восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

 цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверх-

 ность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

 - большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

 выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; кон-

 систенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

 Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого лег-

 кого, нижняя проходит по правой реберной дуге. Размеры печени

 по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5

 см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. По-

 верхность ровная, гладкая.

 Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицатель-

 ные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер -

 8 см, поперечный - 4 см.

 Аускультативно перистальтические шумы обычные.

 8. Мочеполовые органы.

 Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

 промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Ди-

 зурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

 Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет.

 Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с

 обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

 9. Эндокринная система.

 Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной

 покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа

 не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза

 не наблюдаются. Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

 10. Нервная система.

 Память, сон не нарушены. Сознание ясное. Настроение спокойное.

 Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоня-

 ния нет. Со слов пациента за последние два года - резкое сниже-

 ние остроты зрения (прогрессирующая дальнозоркость).

 Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на

 конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлек-

 сы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные

 симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствитель-

 ность сохранена. Дермографизм красный, латентный период - 3-4",

 длительность порядка 1 мин; ограниченный, не возвышается над

 уровнем кожи.

 VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

 1.Исследование мочи от 18/IX 97г.

 Цвет соломенно-желтый

 Реакция слабо-кислая

 Удельный вес - 1016

 Прозрачная

 Белок - отрицательно

 Сахар - отрицательно

 Эпителиальные клетки плоские - единичные в поле зрения

 Лейкоциты - 0-1 в поле зрения

 Заключение: без патологии.

 2.Общий анализ крови от 18/IX 97г.

 Гемоглобин - 145 г/л

 Эритроциты - 4,5

 Лейкоциты - 9,8 Г/л

 Эозинофилы - 8%

 Палочкоядерные - 1%

 Сегментоядерные - 55%

 Лимфоциты - 26%

 Моноциты - 10%

 СОЭ - 22 мм/час

 Заключение: лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ.

 3.Биохимический анализ крови от 19/IX 97г.

 Общий белок - 68,79 г/л

 Мочевина - 5,66 ммоль/л

 Креатинин - 82,97 мкмоль/л

 Билирубин общ. - 26,42 мкмоль/л

 Трансаминазы: АСТ - 0,18 ммоль/л

 АЛТ - 0,124 ммоль/л

 Глюкоза - 4,30 ммоль/л

 Заключение: без патологии.

 4.Анализ мочи по Нечипоренко от 20/IX 97г.

 Лейкоциты - 2000

 Эритроциты - 250

 Заключение: без патологии.

 5.Коагулограмма от 19/IX 97г.

 Время свертывания крови - 10'

 АПТВ - 54''

 Фибриноген - 4,5г/л

 Тромбиновое время - 18''

 Толерантность плазмы

 к гепарину - 3'55''

 Протромбиновый индекс - 95%

 В-фибриноген - +

 Заключение: наличие В-фибриногена.

 6.Исследование крови на реакцию Вассермана от 19/IX 97г.

 результат отрицательный.

 7.Исследование крови на ВИЧ от 19/IX 97г.

 результат отрицательный.

 8.Лапароскопия

 Лапароскопической жидкости нет, печень не увеличена,обыч-

 ной окраски, контуры ровные. По диафрагмальной поверхности

 париетальной брюшины - узлы до 0,5 см.

 Заключение: канцероматоз брюшной полости.

 9.Эндоскопия

 В пищеводе у самой кардии виден серый слизистый инфильтра-

 тивный канцер, который не суживает прсвет пищевода и кар-

 дии. В желудке процесс занимает всю верхнюю треть тела по

 малой кривизне и задней стенке.

 VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 На основании данных осмотра, анамнеза, и данных физикального ис-

 следования можно предположить диагноз "рак желудка с переходом

 на пищевод".

 VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 Дифференциальный диагноз рак желудка проводится с диагнозом яз-

 венная болезнь желудка. Как для рака желудка, так и для язвен-

 ной болезни характерны боли в эпигастральной области, но при яз-

 венной болезни боли чаще носят жгущий, нестерпимый характер, а

 при раке - боль тупая, ноющая, постоянная. Боль при раке, в от-

 личии от язвенной болезни, не связана с приемом пищи. При раке

 боли чаще не иррадиируют, а при язве возможна иррадиация в спи-

 ну, правое подреберье, под правую лопатку. Как для рака, так и

 для язвы характерны отрыжка, изжога, тошнота. Но при язвенной

 болезни все эти ощущения обычно связаны с приемом пищи. При ра-

 ке возможна отрыжка тухлым.

 У больных раком желудка нередко наблюдается немотивированная

 слабость, повышенная утомляемость, беспричинное похудание, немо-

 тивированное понижение аппетита.

 Решающее значение в дифференциальной диагностики рака желудка и

 язвенной болезни имеют гистологические и цитологические исследо-

 вания прицельно (через фиброскоп) взятых препаратов из краев де-

 фекта.

 В данном случае диагноз "рак желудка" подтверждается анамнести-

 ческими данными, лабораторными методами исследования, а так же

 данными лапароскопии, эндоскопии и рентгенологического исследо-

 вания.

 IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

 Рак желудка с переходом на пищевод Т3NXM0.

 Диагноз основывается на следующих данных:

 - боли в эпигастральной области не иррадиирующие, не связанные с

 приемом пищи, отрыжка

 - рентгенологическое исследование, лапароскопия, эндоскопия

 - немотивированное повышение СОЭ

 Опухоль появилась давно и долгое время протекала бессимптомно.

 Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит,

 в 1974 г. - нефроэктомия справа.

 X. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ.

 22/IX 97 г.

 Пульс - 84/мин, частота дыхания - 20/мин.

 Общее состояние удовлетворительное.

 Жалобы на небольшую болезненность в эпигастральной области.

 Физиологические отправления в норме.

 Назначения.

 - Диета: высококалорийная молочно-растительная с большим содер-

 жанием витаминов.

 - Р-р Рингера, Глюкоза-5% в/в, капельно.

 - Furazolidoni по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

 XI. ЛЕЧЕНИЕ.

 Единственным радикальным методом лечения рака желудка является

 хирургический.

 При данной стадии заболевания возможно комбинированное лечение.

 Сначала проведение радикальной операции (гастрэктомии), если по-

 том будут обнаружены метастазы - провести биохимиотерапию,6 кур-

 сов в течении года. Возможно проведение предоперационной лучевой

 терапии или укрупненными фракциями, затем - гастрэктомия.

 Гастрэктомия показана при инфильтративных формах рака, а так же

 при больших экзофитных опухолях. Во время операции удаляется весь

 желудок с обоими сальниками и заключенными в них лимфатическими

 узлами. Линии пересечения органов проходят на расстоянии не менее

 5 см от края опухоли.

 Т.к. произошло прорастание опухоли в пищевод, необходимо проведе-

 ние комбинированной операции. Она заключается в резекции желудка

 по описанным выше принципам одновременно с пораженной частью пище-

 вода.

 XII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

 Причины рака желудка, так же как и рака вообще, до сих пор ос-

 таются невыясненными. Но он часто сочетается с гастритом и ин-

 тестинальной метаплазией слизистой желудка. Язва желудка ведет

 к раку лишь у немногих больных, у большинства невыявленный рак

 имеется, вероятно с самого начала заболевания. О тмечено, что у

 мужчин заболеваемость на 10-15% выше, чем у женщин. По видимо-

 му, это можно объяснить большим распространением среди мужчин,

 чем среди женщин, курения и приема крепких алкогольных напитков.

 Несомненно, предрасполагает к раку желудка радиоактивное облуче-

 ние. Предполагается так же значение так называемых онкогенных

 вирусов.

 В данном случае, по-видимому, имеет значение наследственная

 предрасположенность к раку желудка, т.к. со слов больного отец

 его умер от заболевания желудка. Так же возможна зависимость

 возникновения рака от особенностей питания больного, нерегуляр-

 ности его, употребления некачественных крепких спиртных напит-

 ков и курения.

 XIII. ЭПИКРИЗ.

 x, 41 год, находится на стационарном

 лечении в торакальном отделении областного онкологического дис-

 пансера по поводу рака желудка с переходом на пищевод.

 Больной поступил в стационар по направлению из Юрьевецкой ЦРБ с

 жалобами на боль в эпигастральной области, непостоянную, ноюще-

 го или жгущего характера, усиливающуюся ночью. Пациент отмечал

 слабость, общее недомогание, небольшую отрыжку. При пальпации -

 живот мягкий, безболезненный.

 Были проведены следующие исследования:

 общий анализ крови, заключение: лейкоцитоз, эозинофилия, увели-

 чение СОЭ; общий анализ мочи, заключение: без патологии; биохи-

 мический анализ крови, заключение: без патологии; анализ мочи

 по Нечипоренко, заключение: без патологии; коагулограмма,заклю-

 чение: наличие В-фибриногена.

 Лечение. Вероятно комбинированное. Можно сначала првести пред-

 операционную лучевую терапию или терапию укрупненными фракциями,

 затем, радикальная операция (удаление желудка) Возможно сначала

 проведение радикальной операции, а, затем, если будут обнаруже-

 ны метастазы, провести биохимиотерапию: 6 курсов в течении года.

 Операция должна быть комбинированная, с удалением пораженной

 части пищевода.

 За время курации изменений в состоянии больного не отмечено.

 Прогноз для жизни, восстановления здоровья, зависит от стадии,

 гистологического строения, характера роста опухоли. При отсут-

 ствии метастазов в регионарные лимфатические узлы 5-летнего выз-

 доровления удается достич у 50-60% больных. Пятилетняя выживае-

 мость после комбинированной операции колеблется от 20 до 30%.

 Лицам, перенесшим радикальную операцию предоставляется инвалид-

 ность 2 или 3 группы.

 XIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

 \* Внутренние болезни: Учебник/ Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С.

 Сметнев и др. -М.:Медицина, 1991: - 688с.

 \* Курбат Н.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача.-

 Мн.: Выш. шк., 1996.- 495с.

 \* Рак желудка и его ранняя диагностика: Василенко В.Х., Саль-

 ман М.М., Рапопорт С.И.-М.:Медицина, 1977 - 711с

 \* Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2т. Т.1.:

 Пер. с англ./Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера.-М.: Мир,1997.

 \* Справочник врача общей практики: В 2т. Т 2/ Под ред. В.С.Ко-

 закова.-Мн.:Выш. шк., 1995. - 624с.

 \* Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Онкология. Учебник.- М.:Медицина,

 1992.- 400с.

 XIV. ДАТА ПОДПИСЬ КУРАТОРА.

 22 сентября 1997 года.