Пензенский Государственный Медицинский Институт

Пензенский Государственный Университет

Кафедра клинической онкологии

ПГМИ ПГУ

Заведующий кафедрой

клинической онкологии

д. м. н., профессор

История болезни № 1105

Ф. И.О.-

отделение ООД № 2

палата № 614

Куратор: студентка группы

Преподаватель: д. м. н., профессор

Пенза, 2008 год.

Паспортная часть

Ф. И.О.:

Возраст (дата и год рождения): 19.02. 1940 г.

Адрес постоянного места жительства:

Башмаковский район, село Каменка,

Место работы: пенсионерка

Профессия: доярка

Дата и время поступления в клинику: 6.02. 2008 1030

Дата выписки из клиники: 16.02. 2008

Койко-день: 10

Жалобы

Больная предъявляет жалобы на периодические боли внизу живота, чаще после еды, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Отмечает снижение аппетита и похудание приблизительно на 10 килограмм в течение последнего полугода. В последнее время отмечает плохой, тревожный сон.

Anamnesis morbi (анамнез заболевания)

Считает себя больным с сентября 2007 года, когда впервые стала замечать резкое снижение массы тела, похудела на 10 кг в течение последнего полугода, появилось головокружение, слабость, снижение работоспособности, гемоглобин снизился до 100 г/л. После обращения в поликлинику по месту жительства, была направлена на консультацию к гематологу. Гематолог поставил диагноз: Полидефицитная анемия, назначено применение сорбифера по 1 таблетке в течение месяца. После пройденного курса лечения гемоглобин повысился до 117 г/л. Больная продолжала худеть, сохранялась слабость, утомляемость. При обращении в больницу 8.01.08г. выполнена рентгенография кишечника, выявлено заболевание сигмовидной кишки. Больная была направлена в ООД для консультации онколога, госпитализирована на стационарное обследование и лечение.

Anamnesis vitae (анамнез жизни)

Место рождения: Пензенская область, Башмаковский район, село Каменка

условия жизни: удовлетворительные

профессия: доярка, с 55 лет на пенсии.

профессиональные вредности: отсутствуют

семейное положение: замужем

состав семьи, в которой больная проживает: муж, дочь, два внука

вредные привычки: отрицает

Семейный анамнез

У родителей злокачественных новообразований не было.

Дочь оперирована по поводу язвенной болезни желудка.

Перенесённые заболевания: болезнь Боткина в детстве, в 1970 году - аппендэктомия, в 1992 году - операция на внутреннем ухе справа.

6. Status praesens objectivus (настоящее состояние больного)

Общее состояние

Оотносительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Конституциональный тип телосложения - нормостенический (над - и подключичные пространства умеренно выполнены жировой клетчаткой, ширина межреберных промежутков 1 - 1,5см, ребра расположены косонисходяще, эпигастральный угол равен примерно 90°, лопатки прилегают к грудной клетке, толщина ПЖК в области спины 1 - 1,5 см., отношение поперечного размера грудной клетки к передне - заднему 2: 1. Осанка прямая. Рост - 160 см., вес - 48 кг. Температура тела - 36,6 °С.

Видимые кожные покровы бледные; высыпаний, кровоподтеков, петехий, рубцов при осмотре не выявлено. Тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные.

Характер волосяного покрова по женскому типу.

Подкожно - жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы: подчелюстные – диаметром 1см, округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные– не пальпируются.

Мускулатура развита удовлетворительно; мышечный тонус и сила сохранены, симметричны.

Дыхательная система

Грудная клетка нормостенического типа, симметрична, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в процессе дыхания. Дыхание ритмичное, преимущественно грудного типа, средней глубины. Частота дыхательных движений ≈ 16 в минуту.

При пальпации, болезненных участков не выявлено, грудная клетка эластична, резистентность соответствует норме, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки ясный легочный по всем лёгочным полям.

Данные топографической перкуссии.

Верхняя граница легких:

1. Высота стояния верхушек спереди:

а) справа – выше ключицы на 3 см.

б) слева – 2,5 см. над ключицей

2. Высота стояния верхушек сзади – уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига:

- слева – 6 см.

- справа – 5 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия | VI межреберье | - |
| Срединноключичная | Vipe6po | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | Хребро | Хребро |
| Позвоночная | Остистый отросток | Остистый отросток |
|  | XI грудного позвонка. | XI грудного позвонка. |

Подвижность легочного края по L. Axillaris mediana

Левого легкого:

на вдохе – 3 см.

на выдохе – 3 см.

суммарная – 6 см.

Правого легкого:

на вдохе – 3 см.

на выдохе – 3 см.

суммарная – 6 см.

При аускультации над всей поверхностью лёгких определяется везикулярное дыхание. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки проводится с одинаковой силой.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Видимых пульсаций сонных, подключичных и других артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см. кнутри от L. medioclavicularis sinistra, не распространенный, не разлитой.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топогр. линии |
| Правая | ΙΙΙ | На 1см. кнаружи от правого края грудины |
| Левая | V | На 1см. кнутри от L. medioclavicularis sinistra. |
| Верхняя | III | На 1см. кнаружи от  L. sternalis sinistra |

Поперечник относительной тупости сердца 12,5 см.

Ширина сосудистого пучка 4 см

Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца:

Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 76 ударов в минуту. Дополнительные тоны и шумы отсутствуют.

При пальпации, артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные.

Артериальный пульс на лучевых артериях обеих рук одинаковый, высокого наполнения и напряжения, ритмичный.

Артериальное давление: 130 и 80 мм. рт. ст.

Органы пищеварения (желудочно-кишечный тракт)

Осмотр:

Язык влажный, розовый. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, перистальтика кишечника активная. Грыжевых выпячиваний на брюшной стенке не выявлено.

Аускультация:

Перистальтика кишечника выслушивается.

Перкуссия: определяется тимпанический звук над всей поверхность живота, притупления в отлогих местах нет.

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости:

По правой срединно-ключичной линии по VI ребру

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

на 4 сантиметра ниже правой реберной дуги.

Селезенка при перкуссии: продольный размер: 7 см; поперечный размер: 4 см.

Пальпация:

Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Напряжения мышц живота нет. Нижний край печени закруглен, плотно-эластической консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Кера, Ортнера отрицательные.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см, подвижная, урчащая, слегка болезненна. Слепая кишка расположена на границе средней и нижней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметром 3см., эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная; безболезненная, определяется урчание. Нижняя граница желудка, привратник, восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишка не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Газы отходят. Стул оформлен.

Костный аппарат (опорно-двигательный) Кости пропорциональны, симметричны, деформаций и искривлений нет, безболезненны при пальпации. Суставы безболезненны, объем активных и пассивных движений в норме, деформаций нет.

Нервная система

В сознании. Адекватно ориентирована во времени, пространстве и лицах. Кожная чувствительность и периферические сухожильные рефлексы в норме. Менингиальных симптомов нет.

Мочеполовые органы

Суточный диурез ≈ 1,2 л. Мочеиспускание не затруднено, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Поясничная область без особенностей.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Наружные половые органы без особенностей.

Status localis

состояние лимфатических узлов: подчелюстные – диаметром 1см, округлой формы, эластичные, гладкие, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью, кожа над лимфатическими узлами не изменена; затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подъязычные, подмышечные, над-, подключичные, локтевые, паховые, подколенные– не пальпируются.

Предварительный клинический диагноз и его обоснование

Больному выставлен следующий предварительный диагноз:

Cancer сигмовидной кишки.

Диагноз выставлен на основании:

1) жалоб больной: на периодические боли внизу живота, чаще после еды, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Отмечает снижение аппетита и похудание приблизительно на 10 килограмм в течение последнего полугода. В последнее время отмечает плохой, тревожный сон.

2) данных, полученных в результате сбора анамнеза: считает себя больной с сентября 2007 года, когда впервые стала замечать резкое снижение массы тела, похудела на 10 кг в течение последнего полугода, появилось головокружение, слабость, снижение работоспособности, гемоглобин снизился до 100 г/л. После обращения в поликлинику по месту жительства, была направлена на консультацию к гематологу. Гематолог поставил диагноз: Полидефицитная анемия, было назначено применение сорбифера по 1 таблетке в течение месяца. После курса лечения гемоглобин повысился до 117 г/л. Больная продолжала худеть, сохранялась слабость, утомляемость. При обращении в больницу 8.01.08г. выполнена рентгенография кишечника, было выявлено заболевание сигмовидной кишки.

3) на основании данных осмотра и физикального обследования: видимые кожные покровы бледные; тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном.

План обследования

Для уточнения диагноза больного необходимо:

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Общий анализ мочи

Определение группы крови и Rh-фактора

ИФА на ВИЧ

RW

ЭКГ

К° терапевта, гинеколога

Биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Рентгенография органов грудной клетки

Сигмоскопия

Ирригоскопия

ФГС

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови.7.02.08

Гемоглобин – 110 г/л

Эритроциты – 3,7·1012 г/л

ЦП – 0,69

Лейкоциты – 6,1·10 9 г/л

Палочкоядерные – 1%

Сегментоядерные – 37%

Лимфоциты – 63%

Моноциты – 4%

Тромбоциты - 327·105 г/л

СОЭ – 15 мм/ч

Биохимический анализ крови.6.02.08

Общий белок – 61 г/л

Мочевина – 8,4 г/л

Билирубин

Общий 16,6 мкмоль/л

Глюкоза – 3,5 ммоль/л

АЛТ - 0,21 мкт/л

АСТ - 0,18 мкт/л

ПТИ - 98%

Фибриноген – 3,9 г/л

Данные общего анализа мочи.7.02.08

Количество 100,0

Светло-жёлтого цвета

Прозрачная.

Удельный вес - 1011.

Белок и сахар отрицательный.

Реакция кислая.

Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения

Лейкоциты – 30-40 в поле зрения.

Бактерии +++

ИФА на ВИЧ - Результат отрицательный

RW - Результат отрицательный

Группа крови А (II). Rh +.

11. Данные дополнительных методов исследования

Рентгенографияорганов грудной клетки (7.02.08): Легочный рисунок диффузно обогащен. Деформирован за счет пневмосклероза, корни лёгких деформированы. Синусы свободны

Заключение: Рентгенологические признаки ХОБЛ.

Ирригоскопия (30.01.08): Прохождение Ва взвеси свободное до селезеночного изгиба, дальше ввести Ва взвесь не удалось, больная не держит (выливается обратно). При раздувании воздухом удалось ввести Ва взвесь до конца. В ректосигмовидном отделе циркулярное сужение длиной примерно 5 см. При раздувании воздухом сужение сохраняется.

Заключение: Заболевание сигмовидной кишки

Ирригоскопия (12.02.08): Заключение: Онкопатологии не выявлено. Сигмоскопия (8.02.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. Дальше резко болезненный перегиб. На осмотренном участке дополнительных образований не выявлено, на 0,9 см от ануса отмечается единичный полип d до 0,4 см без изменений слизистой.

Заключение: Полип recti.

Клинический диагноз и его обоснование

Больной выставлен следующий клинический диагноз основного заболевания:

Полип анального отдела прямой кишки

Сопутствующий диагноз: Полидефицитная анемия

Осложнения основного заболевания: нет

Диагноз выставлен на основании:

жалоб больной на: периодические боли внизу живота, чаще после еды, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Отмечает снижение аппетита и похудание приблизительно на 10 килограмм в течение последнего полугода

данных, полученных в результате сбора анамнеза: Считает себя больной с сентября 2007 года, когда впервые стала замечать резкое снижение массы тела, похудела на 10 кг в течение последнего полугода, появилось головокружение, слабость, снижение работоспособности, гемоглобин снизился до 100 г/л. После обращения в поликлинику по месту жительства, была направлена на консультацию к гематологу. Гематолог поставил диагноз: Полидефицитная анемия, назначено применение сорбифера по 1 таблетке в течение месяца. После курса лечения гемоглобин повысился до 117 г/л. Больная продолжала худеть, сохранялась слабость, утомляемость. При обращении в больницу 8.01.08г. выполнена рентгенография кишечника, было выявлено заболевание сигмовидной кишки. Больная была направлена в ООД для консультации онкологом, госпитализирована на стационарное обследование и лечение.

На основании данных осмотра и физикального обследования: Видимые кожные покровы бледные; Тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные.

Живот мягкий, слегка болезненный над лоном.

данных, полученных при дополнительных методах исследования

Общий анализ крови.7.02.08

Гемоглобин – 110 г/л

Эритроциты – 3,7·1012 г/л

ЦП – 0,69

Лейкоциты – 6,1·10 9 г/л

Палочкоядерные – 1%

Сегментоядерные – 37%

Лимфоциты – 63%

Моноциты – 4%

Тромбоциты - 327·105 г/л

СОЭ – 15 мм/ч

Сигмоскопия (8.02.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. Дальше резко болезненный перегиб. На осмотренном участке дополнительных образований не выявлено, на 0,9 см от ануса отмечается единичный полип d до 0,4 см без изменений слизистой.

Заключение: Полип recti.

Ирригоскопия (12.02.08): Заключение: Онкопатологии не выявлено

Дневники курации

7.02.08

Больная поступила с подозрением на Cancer сигмовидной кишки. Данные присланы из ЦРБ (снимки низкого качества). Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на приступообразные боли внизу живота, чаще после еды, слабость, быструю утомляемость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 130 и 80 мм. рт. ст., пульс 72 уд. в минуту. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание безболезненное, стул в норме. Температура утром 36,7, вечером 36,9. Планируется обследование в ООД. 9.02.08.

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалобы на чувство тяжести над лоном, слабость, быструю утомляемость. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 130 и 80 мм. рт. ст., пульс 74 уд. в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Мочеиспускание безболезненное, стул в норме. Температура утром 36,7, вечером 36,8.

Выписной эпикриз (рекомендации)

Больная - 68 лет, поступила в ООД 6.02. 2008 по направлению районной поликлиники с жалобами на периодические боли внизу живота, чаще после еды, а также на общее недомогание, чувство слабости, повышенную утомляемость, снижение аппетита и похудание приблизительно на 10 килограмм в течение последнего полугода, плохой, тревожный сон. При осмотре и физикальном исследовании: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Конституциональный тип телосложения - нормостенический Рост - 160 см., вес - 48 кг. Температура тела - 36,6 °С. Видимые кожные покровы бледные; высыпаний, кровоподтеков, петехий, рубцов при осмотре не выявлено. Тургор кожи сохранен, кожа сухая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые, влажные. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном

Больная обследована. БАК: Общий белок – 61 г/л; Мочевина-8,4 ммоль/л; Билирубин общий 16,6 мкмоль/л; Глюкоза – 3,5 ммоль/л.; АЛТ-0,21, АСТ-0,18мкт/л; фибриноген-3,9; ОАК: Гемоглобин – 110 г/л; Эритроциты – 3,7·1012 г/л; ЦП – 0,69; Лейкоциты – 6,1·10 9 г/л; Палочкоядерные – 1%, Сегментоядерные – 31%; Лимфоциты – 63%; Моноциты – 4%; СОЭ – 15 мм/ч.

Сигмоскопия (8.02.08): Больная не держит воздух. Кишка осмотрена на 35 см от ануса. Дальше резко болезненный перегиб. На осмотренном участке дополнительных образований не выявлено, на 0,9 см от ануса отмечается единичный полип d до 0,4 см без изменений слизистой.

Заключение: Полип recti.

Ирригоскопия (30.01.08): Заключение: Заболевание сигмовидной кишки. Ирригоскопия (12.02.08): Заключение: Онкопатологии не выявлено

На основании полученных данных больной выставлен следующий клинический диагноз основного заболевания: Полип анального отдела прямой кишки.

Сопутствующий диагноз: Полидефицитная анемия

Больная выписана 16.02.08 в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: Ферроплекс 2 др х 2 р/д в течение месяца, Феррум лек 2,0 в/м №5,Vit B12 1 ml в/м 2 раза в нед. № 10.

Т. к размер полипа не превышает 0,5 см и микроскопическое исследование полностью исключает злокачественную опухоль, то удалять ее не обязательно. Больная подлежит диспансерному наблюдению у проктолога и периодическому эндоскопическому обследованию через 6 месяцев.

Прогноз (ближайший и отдалённый): для жизни благоприятный, для здоровья благоприятный, для трудовой деятельности благоприятный.

Использованная литература

1. Шайн А. А Онкология. Тюмень. “Академия”. 2004. с.389-411
2. Клиническая онкология: учебно-метод. Пособие/ И.С. Агеев, Н.В. Чижиков, И.Л. Хайдурова. - Пенза: Изд-во Пенз. Гос. Ун-та, 2007.