МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра: “Клинической онкологии”

Заведующий кафедрой клинической онкологии: д. м. н., профессор

Преподаватель: д. м. н., профессор

История болезни № 544

Отделение ООД № 2, палата № 411

Клинический диагноз

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Куратор: студентка V курса гр. - -

Время курации: с 11.02.08 г. по 18.02.08 г.

г. Пенза, 2008 год

Паспортная часть

Ф. И.О.: - -

Возраст: 15.08. 1934 г. (73 года)

Пол: мужской

Место жительства: Пензенская область, г. Сердобск, ул. - -

Место работы: пенсионер

Профессия: наладчик

Группа крови: АВ (I V) четвёртая, резус-фактор положительный

Непереносимость лекарственных препаратов: нет

Дата и час поступления: 21.01. 2008 в 10: 25

Дата выписки: 19.02. 2008

Жалобы

Больной предъявляет жалобы на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации, слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

С января 2007 года больного стали мучить стойкие запоры, которые плохо поддавались диетическому и медикаментозному лечению. Кроме того, иногда они сопровождались чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. После обильного отхождения газов эти симптомы на время уходили. Больной долгое время никуда не обращался. В августе 2007 года больного стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. Больной обратился сначала в поликлинику по месту жительства. А уже оттуда был направлен в Пензу (в ОКБ имени Н.Н. Бурденко) для прохождения обследования. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки. Из Областной Клинической Больницы имени Н.Н. Бурденко больной был направлен в ООД, где находился на стационарном лечении с 23.08. 2007 г. по 13.09. 2007 г.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больной чувствовал себя удовлетворительно. На тот момент больному проводилась общеукрепляющая посиндромная терапия: поляризующие смеси с сердечными гликозидами, витамины В, С, анальгетики, спазмолитики, антибактериальные препараты. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки.

Больной выписан из ООД через 14 дней после операции на амбулаторное лечение. Срединная рана зажила первичным натяжением. В декабре 2007 г. появились боли в стоме при дефекации. В настоящее время поступил для решения вопроса о закрытии стомы.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Краткие биографические данные: Больной родился 15.08.34 г. в Пензенской области г. Сердобске. Рос и развивался без отклонений, соответственно возрасту. В семье - первый ребёнок по счёту (имеет младшего брата), близнецом не является. В настоящее время проживает в г. Сердобске, место жительство никогда не изменял. Служил в армии в Москве с 1954-1956 гг. Образование среднее специальное. Работал 38 лет на Сердобском Машиностроительном заводе, наладчиком. На пенсии с 1992 года.

Семейно-половой анамнез

Начал вести половую жизнь с 18 лет. Женат, имеет одного ребёнка (дочь).

Бытовой анамнез: Материально-бытовые и санитарно-гигиенические условия хорошие, живёт в однокомнатной квартире вместе с женой. Климатические условия благоприятные. В зонах экологических бедствий не прибывал.

Вредные привычки: Начал курить в 1955 году (в 21 год), выкуривал около 5-7 сигарет в день. Бросил курить в октябре 1968 года по рекомендации родственников. Употребление алкоголя умеренное (по праздникам - бокал вина). Приём наркотиков отрицает.

Перенесённые заболевания: В анамнезе ОРВИ, правосторонняя пневмония (1995 г) С 2002 года отмечает снижение остроты зрения левым глазом, пульсирующие боли в височной области, в области надбровной дуги слева. С 2003 года состоит на диспансерном учёте у офтальмолога с диагнозом: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Травм, ранений, контузий не было. Наличие инфекционных заболеваний (вирусный гепатит, туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ – инфекция) отрицает. Гемотрансфузии не было.

Операционный анамнез: Аппендэктомия, выполненная по поводу флегмонозного аппендицита (июль 1998 г). Резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью (август 2007 г).

Эпидемиологический анамнез: Косметологических манипуляций, сопровождающихся нарушением целостности кожного покрова, больному не производилось. Регулярно посещает стоматолога.

Аллергический анамнез: Наличие бытовой, пищевой аллергии, а также непереносимость лекарственных веществ больной отрицает.

Наследственность: У дедушки больного по материнской линии был рак толстой кишки.

Факторы риска развития онкопроцесса: Мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами).

Объективное исследование больного (Status praesens objectivus)

Общий осмотр

Состояние больного удовлетворительное, температура тела 36.6 0С. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Рост 155 см, вес 54 кг. Больной нормостенического типа телосложения (над - и подключичные ямки умеренно выполнены подкожно-жировой клетчаткой, расположение рёбер косонисходящее, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол прямой, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2: 3).

Кожный покров умеренно влажный, бледно - розового цвета. Его эластичность сохранена, кровоизлияний, язв, “сосудистых звёздочек” нет. Имеется рубец длиной около 6 см в правой подвздошной области (аппендэктомия выполнена по поводу флегмонозного аппендицита (июль 1998г)), а также рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома. Тургор кожного покрова сохранён. Ногти овальной формы, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Видимые слизистые оболочки носа, рта, конъюнктив бледно-розового цвета, влажные, чистые. Склеры белые. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жировой складки в области лопаток 1.0 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон.

Кости не деформированы. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Лопатки расположены симметрично (нижний угол правой лопатки располагается на уровне нижнего угла левой лопатки).

Суставы правильной формы, движения в полном объёме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены.

Система органов дыхания

Осмотр: Нос имеет нормальную форму. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет.д.еформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи так же не обнаружено. Гортань нормальной формы. Отёчности в области гортани нет. Голос тихий.

Грудная клетка правильной формы, симметрична, нормостенического типа (над - и подключичные ямки умеренно выполнены подкожно-жировой клетчаткой, расположение рёбер косонисходящее, ширина межрёберных промежутков 1 см, эпигастральный угол прямой, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2: 3). Выраженного искривления позвоночника нет. Окружность грудной клетки составляет 82 см. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2см. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное с частотой 17 дыхательных движений в минуту, средней глубины. Дыхательные движения симметричны, отставания одной половины грудной клетки, участия дополнительной мускулатуры в дыхании нет.

Пальпация грудной клетки. При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и рёбер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, одинаково с обеих сторон.

Перкуссия. При проведении сравнительной перкуссии лёгких был выявлен ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких.

Данные топографической перкуссии:

Высота стояния верхушек лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Слева  | Справа  |
| Спереди | 3 см | 3 см |
| Сзади  | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка  |

Ширина верхушечных полей (поля Кренига) – 4,1 см справа и 4,2 слева.

Результаты топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Нижняя граница:  |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | VI межреберье | - |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная |  Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего края лёгких по задней подмышечной линии – 6,2 см справа и слева.

Аускультация. При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание по всем лёгочным полям. Крепитации и других побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью лёгких.

Система органов кровообращения

Исследование сердца.

Осмотр сердечной области. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Видимая пульсация в области сердца, ярёмной ямки, подложечной области отсутствует.

Осмотр артерий и вен: “пляска каротид” не просматривается, извитость артерий нормальная.

Пальпация. При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, высотой 0,5 см, резистентный, сильный. Сердечный толчок не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

верхняя – на уровне III ребра;

правая - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Конфигурация сердечной тупости нормальная. Размеры поперечника сердца - 11 см, расстояние от левой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 8 см, от правой границы относительной тупости сердца до передней срединной линии – 3 см. Ширина сосудистого пучка 6 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

верхняя - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

правая - в IV межреберье по левому краю грудины;

левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Аускультация сердца. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на легочной артерии и на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

Исследование сосудов.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 80 уд \ мин., частый, умеренного наполнения и напряжения, скорость распространения пульсовой волны 5,1 м/с, высокий, регулярный. Дефицит пульса не определяется. При пальпации аорты выявлена слабая её пульсация в ярёмной ямке.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

Артериальное давление на правой руке 120 и 70 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Печень и желчные пути

Осмотр: выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Перкуссия

Границы абсолютной тупости печени по Курлову:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя | Нижняя |
| Правая срединно-ключичная | VII ребро | на 3 см ниже края рёберной дуги |
| Передняя срединная | - | на 3 см ниже рёберной дуги |
| Левая реберная дуга | - | на уровне левой парастернальной линии |

Наличие симптома Ортнера не выявлено.

Размеры печени по методу М.Г. Курлова:

1. по правой срединно-ключичной линии - 11 см;

2. по передней срединной линии - 9 см;

3. по левой реберной дуге - 8 см.

Пальпация: край печени острый, мягкий, поверхность ровная, консистенция уплотненная, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи - отрицательные.

Аускультация: шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

Селезёнка

Осмотр: выпячивания не наблюдается, деформация в области селезёнки отсутствует.

Перкуссия: перкуторные границы селезёнки в норме (длинник селезёнки, располагается по X ребру, составляет – 6 см, а поперечник – 4 см).

Пальпация: не пальпируется.

Аускультация: признаков периспленита не выявлено.

Поджелудочная железа

Болезненность в области ее проекции отсутствует.

Пальпация: поджелудочная железа не пальпируется.

Система органов мочеотделения

Осмотр:

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области нет.

Перкуссия:

поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Надлобковая область: над лобком выявляется тимпанический перкуторный звук, увеличение мочевого пузыря не обнаружено.

Пальпация:

Почки: не пальпируются в положении стоя и лёжа. При нажатии на верхнюю и среднюю, рёберно-позвоночную и рёберно-поясничную точки болезненность отсутствует.

Мочевой пузырь: не пальпируется.

Развитие наружных половых органов соответствует полу и возрасту.

Эндокринная система

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии нет. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

Нервная система

Сознание ясное, больной ориентирован в пространстве и времени. В контакт вступает охотно. Умственное развитие соответствует возрасту и образованию, на вопросы отвечает внятно, адекватно, речевые команды воспринимает быстро. Повышенной раздражительности, апатии, депрессии, эйфории, слабодушия не отмечено. Мнительности и навязчивых страхов нет. Отношение к своему заболеванию критическое. В разговоре больного отмечается последовательное изложение событий, эмоциональных реакций при беседе не возникало.

Речь, гнозия, праксия: Расстройств речи нет. Обращённую речь понимает. Целенаправленные действия, понимание значения зрительных, слуховых раздражителей, ориентировка в пространстве и топография собственного тела сохранены.

Обоняние, вкус: не искажены.

Органы зрения: подвижность глазных яблок нормальная; косоглазия, нистагма, птоза нет; величина зрачков OD = 2 мм, OS = 4мм, форма округлая, реакция зрачков на свет содружественная, живая, D=S. Реакция зрачков на конвергенцию с аккомодацией живая, равная (D=S). Острота зрения OD = - 0,3,OS = - 0,7. Внутриглазное давление OD = 17 мм. рт. ст., OS = 26 мм. рт. ст. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексы живые, равные (D=S).

Слух и вестибулярный аппарат: острота слуха для шепотной речи слева и справа составляет 6 м, D=S; для разговорной 25 м для левого и правого уха, D=S. Переносимость вестибулярных нагрузок хорошая.

Мимическая мускулатура развита удовлетворительно.

Акт глотания не нарушен. Фонация сохранена.

Читает и пишет хорошо.

Координация движений адекватная. Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют.д.рожания нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Менингеальные симптомы: Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний) отрицательные.

Вегетативные функции: Дермографизм розовый. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение в пределах возрастной нормы. Пролежней нет. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений не определяется. Пароксизмальные вегетативные расстройства не выявлены.

Status localis

Система органов пищеварения

Осмотр.

Полость рта: слизистая бледно-розового цвета, умеренной влажности, состояние сосочкового слоя в норме, налётов, трещин, язв нет. Зубы ровные, санированы, десны, мягкое и твёрдое небо бледно-розовой окраски, безболезненные, налётов, геморрагий, изъязвлений нет.

Живот: симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания; окружность живота на уровне пупка – 85 см. Имеется рубец длиной около 8 см в правой подвздошной области (аппендэктомия выполнена по поводу флегмонозного аппендицита (июль 1998 г)), а также рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

Перкуссия

Тимпанический перкуторный звук, наличие перемещающейся жидкости в полости живота не обнаружено.

Пальпация

Данные поверхностной пальпации: состояние мышц живота (тонус в норме, напряжение мышц среднее, расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии, пупочная грыжа отсутствуют), болезненности при пальпации нет. Поверхностных опухолевых образований не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Данные глубокой пальпации живота (глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско): В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная. Нижняя граница желудка пальпируется на 4 см выше пупочного кольца, в виде эластического валика, безболезненна, характер поверхности – гладкая. Привратник расположен на 3,2 см выше пупка цилиндрической формы, диаметром 1,3 см, не подвижен, безболезненный, при пальпации отмечается небольшое урчание.

Аускультация

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

Предварительный диагноз и его обоснование

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Обоснование предварительного диагноза:

Диагноз – Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки поставлен на основании:

Жалоб больного: на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации; слабость; повышенную утомляемость.

Данных анамнеза заболевания: болеет с января 2007 года – когда впервые его стали беспокоить стойкие запоры, сопровождающиеся чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. В августе 2007 года - стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки.

Данных анамнеза жизни: факторы риска развития онкопроцесса - мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами).

Данных объективного исследования: при общем осмотре обнаружен рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

Сопутствующие заболевания

Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления поставлена на основании:

Жалоб: на снижение остроты зрения левым глазом, периодические боли в височной области и в области надбровной дуги слева.

Данных анамнеза жизни: С 2002 года отмечает снижение остроты зрения левым глазом, пульсирующие боли в височной области, в области надбровной дуги слева. С 2003 года состоит на диспансерном учёте у офтальмолога с диагнозом: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Данных объективного исследования: Острота зрения OD = - 0,3,OS = - 0,7. Внутриглазное давление OD = 17 мм. рт. ст., OS = 26 мм. рт. ст.

План обследования больного

Общий анализ крови – общеклинический анализ, назначен с целью определения наличия или отсутствия признаков воспаления, выявления острофазных явлений, сгущения крови.

Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, мочевина, глюкоза, АСТ, АЛТ, α - амилаза), для исключения патологий со стороны печени и желчных путей, почек; для установления степени активности воспалительного процесса.

Общий анализ мочи – общеклинический метод исследования, направленный на диагностику сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы и установления степени активности воспалительного процесса.

Анализ крови на RW с целью определения наличия/отсутствия в крови бледной трепонемы – возбудителя сифилиса.

ЭКГ – с целью исключения патологии со стороны сердечно-сосудистой системы.

Рентгенография органов грудной клетки – с целью контроля за органами дыхания, а также с целью исключения отдалённых метастазов.

УЗИ органов брюшной полости, в частности печени, а также органов забрюшинного пространства (в частности почек) – с целью исключения патологии со стороны органов брюшной полости, забрюшинного пространства, а так же с целью исключения отдалённых метастазов.

Ректороманоскопия в recti – с целью исключения нового опухолевого процесса.

Сигмоскопия через колостому – с целью исключения нового опухолевого процесса.

Консультация офтальмолога с целью коррекции остроты зрения.

Определение группы крови и резус-фактора.

Результаты лабораторного и инструментального исследования больного

Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 22.01.08.  | Норма | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 146 | 132-164 | г/л |
| Цветной показатель | 0,93 | 0,85 – 1,05 | - |
| Эритроциты | 4,7 | 4,5-5,1 | 1012/л |
| Лейкоциты | 5,2 | 4,78-7,68 | 109/л |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 60 | 47 – 72 | % |
| Лимфоциты | 19 | 18 – 40 | % |
| Моноциты | 6 | 2 – 9 | % |
| СОЭ | 17 | менее 16 | мм/час |

Заключение: в общем анализе крови отмечается ускорение СОЭ до 17 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 22.01.08.  | Нормальные показатели | Единицы измерения |
| Общий белок | 74 | 65-85 | г/л |
| Мочевина | 11,1 | 2,5-8,3 | ммоль/л |
| Билирубин | 13,3 | 8,5-20,5 | мммоль/л |
| Глюкоза | 5,4 | 3,5-5,5 | ммоль/л |
| АСТ | 44,3 | до 0,42 | ед/л |
| АЛТ | 43,5 | до 0,42 | ед/л |
| α - амилаза | 71,8 | 16-32 | г/л |

ПТИ - 100% (норма 80-105%)

Фибриноген - 6,1% (норма 2-4%)

Заключение: в биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня мочевины, АСТ, АЛТ, α - амилазы, фибриногена.

3. Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели мочи | 22.01.08.  | Нормальные показатели |
| Количество | 100 мл | - |
| Прозрачность | прозрачная | Прозрачная |
| Реакция | кислая | слабокислая |
| Цвет | светло-желтая | соломенно-желтый |
| Плотность | 1018 | 1015-1025 |
| Белок | 0,099 г/л | отрицательный |
| Микроскопический анализ:  |  |  |
| Лейкоциты | 0-1 | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты | 0-1 | 0-1 в поле зрения |

Слизь +

Соли +

Бактерии - нет.

Заключение: в общем анализе мочи отмечается протеинурия - белок в моче (0,099 г/л).

4. Анализ крови на RW (22.01.08 г): отриц.

5. Анализ ЭКГ (23.01.08 г)

ФИО: Осипов Александр Сергеевич.

Ритм: синусовый.

Ритм: правильный.

ЧСС – 86 ударов в минуту.

Угол £ = 300 – нормальное расположение электрической оси сердца.

Зубец Р: длительность – 0,1с.

Амплитуда 2мм

в I, II, III, aVF, V2 - V6 - положительный

в aVR, aVL, V1 - отрицательный

Интервал PQ: длительность - 0. 20 с.

Комплекс QRS: длительность - 0.04 с.

Зубец Q: длительность 0.02 с.

Амплитуда не превышает ¼ высоты зубца R

Зубец R.

В отведении II амплитуда 9 мм, в III - 3 мм, в aVF – 6 мм, в V4 - 5 мм, в V5 - 6 мм, в V6 - 4 мм. Продолжительность зубца R во всех отведениях не более 0,3 с.

Зубец S.

В отведении II амплитуда 4 мм, в aVL - 5 мм, в V1 - 2 мм, в V4 - 5 мм, в V5 - 4 мм, в V6 - 5 мм.

Сегмент ST.

На изолинии, ровный во всех отведений. Длительность - 0,14 с.

Зубец Т.

Положительный в отведении I, II, III, aVF, VI, V2,V3,V4,V5,V6.

Амплитуда в отведении II - 3 мм, длительность - 0,12 с.

Интервал Q-T: продолжительность - 0,2 с.

Интервал R-R: продолжительность - 1,0 с.

Заключение: признаки очаговой патологии не выявлены.

6. Рентгенография ОГК (23.01.08 г) - без патологии.

7. УЗИ брюшной полости (23.01.08 г)

Печень не увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы усилена.

Желчный пузырь – средних размеров, ближе к шейке изогнут; стенки – уплотнены.

Холедох – 4 мм, свободен.

V. portaе – 9 мм.

Поджелудочная железа: головка около 20 мм, тело 13 мм, хвост 23 мм. Эхогенность паренхимы средняя. Структура однородная, контуры чёткие.

Селезёнка – размер 110×51 мм, контуры ровные, эхогенность средняя, структура не изменена.

Левая почка 116×50 мм, правая - 109×50 мм, расположены правильно, контуры ровные. Паренхима приблизительно 20 мм толщиной. Почки подвижны.

Надпочечники не увеличены.

Абдоминальные и забрюшинные лимфатические узлы в норме.

Заключение: Диффузные изменения в печени.

8. Ректороманоскопия в recti (24.01.08 г) - без органической патологии.

9. Сигмоскопия (24.01.08 г)

Аппаратом сигмовидная кишка осмотрена на 35 см, визуально ещё дополнительно около 10-12 см, стенки слизистой оболочки кишки не изменены, место кисетного шва не визуализируется.

Заключение: Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

10. Консультация офтальмолога: не производилась по неизвестным причинам.

11. Группа крови и резус-фактор: АВ (IV) четвертая, резус-фактор положительный.

Клинический диагноз и его обоснование

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Обоснование клинического диагноза

Диагноз - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки поставлен на основании:

Жалоб больного: на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации; слабость; повышенную утомляемость.

Данных анамнеза заболевания: болеет с января 2007 года – когда впервые его стали беспокоить стойкие запоры, сопровождающиеся чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. В августе 2007 года - стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки.

Данных анамнеза жизни: факторы риска развития онкопроцесса - мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами).

Данных объективного исследования: при общем осмотре обнаружен рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

Данных лабораторного и инструментального обследования: Общий анализ крови - увеличение СОЭ (17 мм/ч); Биохимический анализ крови - повышение уровня мочевины (11,1 ммоль/л), АСТ (44,3 ед/л), АЛТ (43,5 ед/л), α – амилазы (71,8 г/л), фибриногена (6,1%); Общий анализ мочи - белок в моче (0,099 г/л); Сигмоскопия - состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания:

Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления поставлена на основании:

Жалоб: на снижение остроты зрения левым глазом, периодические боли в височной области и в области надбровной дуги слева.

Данных анамнеза жизни: С 2002 года отмечает снижение остроты зрения левым глазом, пульсирующие боли в височной области, в области надбровной дуги слева. С 2003 года состоит на диспансерном учёте у офтальмолога с диагнозом: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Данных объективного исследования: Острота зрения OD = - 0,3,OS = - 0,7. Внутриглазное давление OD = 17 мм. рт. ст., OS = 26 мм. рт. ст.

Дифференциальный диагноз

Рак ободочной кишки необходимо дифференцировать с хроническим язвенным колитом, дивертикулёзом, туберкулёзом, проявлениями амёбной дизентерии, полипами, ворсинчатой опухолью, лимфосаркомой, метастазами рака и т.д.

При нарушениях функции кишечника, запорах и поносах, примеси крови и слизи в кале рак следует дифференцировать с хронической дизентерией, колитом, полипозом кишечника. На мысль о злокачественной опухоли наводит отсутствие острого начала, сравнительно быстрое, в течение нескольких месяцев, развитие заболевания, стойкость и постепенное прогрессирование симптомов, отсутствие ремиссий и обострений. Предположение о раке становится еще более обоснованным, если указанные признаки возникли у человека старше 45 лет или если изменились симптомы имевшихся у больного заболеваний кишечника. Правильный диагноз устанавливают с помощью рентгенологического или эндоскопического обследования.

Большие затруднения при дифференциальной диагностике возникают у больных, у которых новообразование проявляется функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта: снижением аппетита, тошнотой, неопределенными болевыми ощущениями, рвотой. При таких симптомах возникает предположение о хроническом холецистите или аппендиците, заболевании желудка или поджелудочной железы. Поскольку жалобы больных весьма неопределенны, то клинические признаки, имеющие дифференциально - диагностическое значение, могут отсутствовать.

Такая же тактика должна быть избрана при наличии у больного токсико-анемического синдрома, выражающегося в недомогании, слабости, повышенной утомляемости, бледности, потере массы тела, лихорадке, анемии. При подобных жалобах рак правой половины ободочной кишки принимают за болезнь крови, хрониосепсис, эндокардит, хронический тонзиллит, ревматизм. Для исключения ошибок при перечисленных заболеваниях, лихорадочных состояниях или анемии у больных с неясной клинической картиной должна быть выполнена ирригоскопия.

При наличии пальпируемой опухоли дифференциальный диагноз проводят с воспалительными аппендикулярными и специфическими инфильтратами (туберкулез, актиномикоз, сифилис), с опухолями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В отличие от туберкулёза, опухоль возникает чаще у людей старше 40 лет, нередко сопровождается запорами, невысоким лейкоцитозом. Туберкулёз чаще наблюдается у лиц молодого возраста, сочетается с поражением лёгких, стул имеет наклонность к поносам, в анализе крови обнаруживают лейкопению и лимфоцитоз.

План лечения

Лечение основного заболевания - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Оперативное лечение: Лапаротомия. Внутрибрюшное закрытие колостомы. Дренирование брюшной полости.

Консервативная послеоперационная терапия:

Стол 0 (до операции Стол 0)

Режим постельный (до операции режим палатный)

ЛФК

Массаж грудной клетки

Анальгин 50% - 2,0 в/м 2 раза в день

Димедрол 1% - 1,0 в/м 3 раза в день

Гепарин 25 тыс. ED п/к 4 раза в день

Прозерин 1,0 в/м 3 раза в день

Гентамицин 80 мг в/м 3 раза в день

Глюкоза 5% - 400,0 + Инсулин 6 ЕД + витамины В1, В6 2,0 + витамин С 3,0 + KCl 4% -30,0 + раствор Рингера 400,0 в/в – капельно 2 раза в день

Строфантин 0,025% - 5,0 в/в 2 раза в день

Эуфиллин 2,4% - 5,0 в/в 2 раза в день

Лечение сопутствующего заболевания - Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления:

Пилокарпин 1% - 5,0 по 2 капли 2 раза в день

Изоглаукон 0,25% - 10,0 по 2 капли 2 раза в день.

Диакарб 0,25 г. по 1 таблетке 1 раз в день.

При неэффективности – хирургическое лечение.

Предоперационный эпикриз от 25.01. 2008

На операцию 25.01.08 подготовлен больной Осипов А.С., 73 лет с клиническим диагнозом:

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Больной был планово госпитализирован 21.01.08 г. во 2 хирургическое отделение ООД из приёмного отделения, куда обратился самостоятельно.

Диагноз - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки - поставлен на основании:

Жалоб: на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации; слабость; повышенную утомляемость. Данных анамнеза заболевания: болеет с января 2007 года – когда впервые его стали беспокоить стойкие запоры, сопровождающиеся чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. В августе 2007 года - стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки. Данных анамнеза жизни: факторы риска развития онкопроцесса - мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами). Данных объективного исследования: при общем осмотре обнаружен рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

При проведении 22.01. 2008 г. лабораторных исследований: в крови выявлено увеличение СОЭ (до 17 мм/ч), повышение уровня мочевины (11,1 ммоль/л), АСТ (44,3 ед/л), АЛТ (43,5 ед/л), α – амилазы (71,8 г/л), фибриногена (6,1%); в моче - белок (0,099 г/л).

При проведении инструментальных исследований: ЭКГ (23.01.08 г) - признаки очаговой патологии не выявлены; рентгенография органов грудной клетки (23.01.08 г) – без патологии; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (23.01.08 г) – диффузные изменения в печени; ректороманоскопия в recti (24.01.08 г) - без органической патологии; сигмоскопия через стому (24.01.08 г) - состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки (на 50 см без органической патологии).

Поставленный диагноз является показанием к плановой операции.

В клинике проведен курс предоперационной подготовки, включающий механическую очистку кишечника и премедикацию: р-ры 1мл 1% промедола,1 мл 1% димедрола – в/м (без атропина!).

Планируется под комбинированным наркозом произвести: Лапаротомию. Внутрибрюшинное закрытие колостомы. Дренирование брюшной полости. Степень риска операции II. Группа крови: АВ (IV), резус-фактор – положительный. Предполагаемый объём кровопотери – минимальный, поэтому не требуется интраоперационной гемотрансфузии. Больной предупреждён о возможных осложнениях и изменениях объёма оперативного вмешательства в процессе операции. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Согласие больного на операцию получено. Риск развития тромбоэмболических осложнений минимальный.

Протокол операции

25.01.08.11: 00 - 13: 00 – Операция: Лапаротомия. Внутрибрюшинное закрытие колостомы. Дренирование брюшной полости.

Описание операции: положение пациента - лёжа на спине. После обработки операционного поля раствором йодопиридона и спиртом дважды, под комбинированным наркозом, произведена нижняя срединная лапаротомия по старому рубцу с иссечением последнего. При ревизии брюшной полости метастазов не обнаружено. Приводящий и отводящий участки толстой кишки – достаточной длины. Решено выполнить реконструктивно-восстановительную операцию с закрытием колостомы.

Приводящий участок толстой кишки мобилизован, отсечён от колостомы, прошит и погружён в кисетный шов. Дистальный и проксимальный отрезки кишки мобилизованы от спаек. Наложен толстокишечный анастомоз “бок в бок” двухрядным капроновым швом, натяжения нет. Окно в брыжейке толстой кишки ушито.

По левому флангу установлено два дренажа. Обеспечен гемостаз. Брюшная полость осушена. Выполнено послойное ушивание брюшной полости, ушивание кожи. На рану наложена асептическая повязка. В ходе операции взят материал для планового цитологического исследования.

Результат цитологического исследования от 26.01.08 г.

Цитологическое исследование № 852:

Фрагмент сальника размером 4×4 см жёлтого цвета имеет плотное образование размером 2×1 см. На разрезе данное образование жёлтого цвета с тонкими белыми прослойками.

Цитологический диагноз: Фиброзная и жировая ткань с признаками воспаления, наличием грануляций.

Заключительный диагноз 26.01.08 г.

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

|  |
| --- |
| Стадия I |
| Система (р) Т1N0М0 |
| Клиническая группа диспансеризации | При поступлении II |
| При выписке III |

Обоснование заключительного диагноза:

Диагноз - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки поставлен на основании:

Жалоб больного: на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации; слабость; повышенную утомляемость.

Данных анамнеза заболевания: болеет с января 2007 года – когда впервые его стали беспокоить стойкие запоры, сопровождающиеся чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. В августе 2007 года - стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки.

Данных анамнеза жизни: факторы риска развития онкопроцесса - мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами).

Данных объективного исследования: при общем осмотре обнаружен рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

Данных лабораторного и инструментального обследования: Общий анализ крови - увеличение СОЭ (17 мм/ч); Биохимический анализ крови - повышение уровня мочевины (11,1 ммоль/л), АСТ (44,3 ед/л), АЛТ (43,5 ед/л), α – амилазы (71,8 г/л), фибриногена (6,1%); Общий анализ мочи - белок в моче (0,099 г/л); Сигмоскопия - состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Интраоперационный диагноз:

Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Цитологический диагноз (цитологическое исследование № 852 от 26.01.08 г): Фиброзная и жировая ткань с признаками воспаления, наличием грануляций.

Сопутствующие заболевания:

Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления поставлена на основании:

Жалоб: на снижение остроты зрения левым глазом, периодические боли в височной области и в области надбровной дуги слева.

Данных анамнеза жизни: С 2002 года отмечает снижение остроты зрения левым глазом, пульсирующие боли в височной области, в области надбровной дуги слева. С 2003 года состоит на диспансерном учёте у офтальмолога с диагнозом: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Данных объективного исследования: Острота зрения OD = - 0,3,OS = - 0,7. Внутриглазное давление OD = 17 мм. рт. ст., OS = 26 мм. рт. ст.

Дневники наблюдения

Предоперационные дневники наблюдения

21.01.08 г.

Режим - палатный.

Стол №.0.

Больной предъявляет жалобы на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации, слабость, повышенную утомляемость.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Положение активное. Температура тела 36.6 0С, кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, ЧД = 17 в мин., пульс определяется на обеих конечностях, частота 80 уд/мин., ритмичен, полный, напряженный, равномерный и высокий. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменён. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет. Артериальное давление на правой руке 120 и 70 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Язык чистый, влажный, живот мягкий, при пальпации безболезненный. Имеется рубец длиной около 8 см в правой подвздошной области (аппендэктомия выполнена по поводу флегмонозного аппендицита (июль 1998 г)), а также рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционирует колостома.

Стул через колостому регулярный, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1000 мл.

Больной поступил для закрытия стомы, которая была сформирована после первой операции - резекции сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью (август 2007 г). Проводится контрольное обследование больного и лечение согласно листу назначений.

23.01.08 г.

Режим - палатный.

Стол №.0.

Больной предъявляет жалобы на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникают при дефекации, слабость, повышенную утомляемость.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Положение активное. Температура тела 36.7 0С, кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, ЧД = 16 в мин., пульс определяется на обеих конечностях, частота 70 уд/мин., ритмичен, полный, напряженный, равномерный и высокий. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменён. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет. Артериальное давление на правой руке 130 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Язык чистый, влажный, живот мягкий, при пальпации безболезненный. В левой подвздошной области функционирует колостома.

Стул через колостому регулярный, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1200 мл.

Планируется на операцию на 25.01.08 г. Лечение согласно листу назначений.

Послеоперационные дневники наблюдения

Больной в отделении реанимации и интенсивной терапии

25.01.08 г.

Больной в ОРИТ доставлен из операционной в 13: 05 после операции по закрытию колостомы. Находится в состоянии медикаментозного сна. Дыхание ручное мешком Амбу – переведён на ИВЛ. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменён. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет. Артериальное давление на правой руке 140 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 140 и 80 мм. рт. ст. PS = 90 ударов в мин.

Язык чистый, влажный, живот мягкий. Повязки чистые.

В плане ведения:

Продлённая ИВЛ

Инфузионная терапия (Глюкоза 5% - 400,0 + Инсулин 6 ЕД + витамины В1, В6 2,0 + витамин С 3,0 + KCl 4% -30,0 + раствор Рингера 400,0 в/в – капельно 2 раза в день);

Антибактериальная терапия (Гентамицин 80 мг в/м 3 раза в день);

Обезболивание (Промедол 2% - 1,0 в/м 3 раза в день);

Улучшение реологии крови (Гепарин 25 тыс. ED п/к 4 раза в день);

Симптоматическая терапия.

Назначение:

Холод местно;

Диета № 0;

Постельный режим;

Анализы: общий анализ крови и мочи;

Промедол 2% - 1 мл в/м в 15: 00; 19: 00; 22: 00.

25.01.08 г. С целью обезболивания введён Промедол 2% - 1 мл в/м

15: 00

19: 00

22: 00

20: 00 – у больного замечено спонтанное дыхание;

20: 40 – экстубация.

28.01.08 г.

Режим - постельный.

Стол №.0.

Общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Положение пассивное. Температура тела 36.7 0С, кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, ЧД = 18 в мин., пульс определяется на обеих конечностях, частота 90 уд/мин., ритмичен, полный, напряженный, равномерный и высокий. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменён. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет. Артериальное давление на правой руке 130 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст.

Язык чистый, влажный, живот мягкий, не вздут, перистальтика выслушивается.

Стула не было, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1100 мл.

Перевязка: отмечается небольшая гиперемия и инфильтрация краёв раны. Отделяемого из раны нет. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Постельный режим;

Дыхательная гимнастика.

Анализы: от 25.01.08 г.

Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 25.01.08.  | Норма | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 156 | 132-164 | г/л |
| Цветной показатель | 0,97 | 0,85 – 1,05 | - |
| Эритроциты | 5,0 | 4,5-5,1 | 1012/л |
| Лейкоциты | 7,6 | 4,78-7,68 | 109/л |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 70 | 47 – 72 | % |
| Лимфоциты | 30 | 18 – 40 | % |
| Моноциты | 8 | 2 – 9 | % |
| СОЭ | 18 | менее 16 | мм/час |

Заключение: в общем анализе крови отмечается ускорение СОЭ до 18 мм/ч.

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели мочи | 25.01.08.  | Нормальные показатели |
| Количество | 100 мл | - |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Реакция | кислая | слабокислая |
| Цвет | светло-желтая | соломенно-желтый |
| Плотность | 1020 | 1015-1025 |
| Белок | 0,09 г/л | отрицательный |
| Микроскопический анализ:  |  |  |
| Лейкоциты | 0-2 | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты | 0-1 | 0-1 в поле зрения |

Слизь +

Соли +

Бактерии - нет.

Заключение: в общем анализе мочи отмечается протеинурия - белок в моче (0,09 г/л).

31.01.08 г. Переводной эпикриз

Больной Осипов А.С., 1934 года рождения находился в ОРИТ с 25.01.08 г. по 31.01.08 г. после оперативного вмешательства по поводу закрытия колостомы. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, ориентирован в пространстве и времени. Положение пассивное. Температура тела 36.7 0С, кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких. ЧД = 17 в мин. Пульс определяется на обеих конечностях, частота 80 уд/мин., ритмичен, полный, напряженный, равномерный и высокий. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке приглушён. II тон на лёгочной артерии и на аорте не изменён. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет. Артериальное давление на правой руке 140 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 70 мм. рт. ст.

Язык чистый, влажный, живот мягкий, не вздут, перистальтика выслушивается.

Стула не было, мочеотделение безболезненное, суточный диурез – 1200 мл.

В анализах: Общий анализ крови – увеличение СОЭ до 18 мм/ч; Общий анализ мочи - белок в моче (0,09 г/л). Для дальнейшего лечения переводится во 2 хирургическое отделение.

Рекомендовано: посиндромная терапия.

Больной во 2 хирургическом отделении

3.02.08 г.

Режим - постельный.

Стол №.0.

Жалобы на боль в месте послеоперационной раны, слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 36.8 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 140 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 70 мм. рт. ст. . Пульс 80 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. При пальпации в области послеоперационной раны сохраняется болезненность. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка сухая.

Перевязка: гиперемии, инфильтрации краёв раны нет. Отделяемого из раны нет. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Постельный режим;

Анализы: общий анализ крови и мочи;

Промедол 2% - 1 мл в/м в 10: 00; 12: 00; 16: 00; 22: 00.

3.02.08. С целью обезболивания введён Промедол 2% - 1 мл в/м

10: 00

12: 00

16: 00

22: 00

6.02.08 г.

Режим - постельный.

Стол №.0.

Жалобы на боль в месте послеоперационной раны, слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 36.9 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 130 и 90 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 70 мм. рт. ст. . Пульс 90 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. При пальпации в области послеоперационной раны сохраняется болезненность. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка сухая.

Перевязка: гиперемии, инфильтрации краёв раны нет. Отделяемого из раны нет. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Постельный режим;

Дыхательная гимнастика.

Анализы: от 3.02.08 г.

Общий анализ крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 3.02.08.  | Норма | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 161 | 132-164 | г/л |
| Цветной показатель | 0,97 | 0,85 – 1,05 | - |
| Эритроциты | 4,8 | 4,5-5,1 | 1012/л |
| Лейкоциты | 7,6 | 4,78-7,68 | 109/л |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 65 | 47 – 72 | % |
| Лимфоциты | 20 | 18 – 40 | % |
| Моноциты | 5 | 2 – 9 | % |
| СОЭ | 17 | менее 16 | мм/час |

Заключение: в общем анализе крови отмечается ускорение СОЭ до 17 мм/ч.

Общий анализ мочи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели мочи | 3.02.08.  | Нормальные показатели |
| Количество | 100 мл | - |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Реакция | кислая | слабокислая |
| Цвет | светло-желтая | соломенно-желтый |
| Плотность | 1021 | 1015-1025 |
| Белок | 0,07 г/л | Отрицательный |
| Микроскопический анализ:  |  |  |
| Лейкоциты | 0-2 | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты | 0-1 | 0-1 в поле зрения |

Слизь +

Соли +

Бактерии - нет.

Заключение: в общем анализе мочи отмечается протеинурия - белок в моче (0,07 г/л).

9.02.08 г.

Режим - постельный.

Стол №.0.

Жалобы на боль в месте послеоперационной раны, слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 36.8 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 130 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 70 мм. рт. ст. . Пульс 80 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. При пальпации в области послеоперационной раны сохраняется болезненность. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка сухая.

Перевязка: гиперемии, инфильтрации краёв раны нет. Отделяемого из раны нет. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Постельный режим;

Дыхательная гимнастика.

12.02.08 г.

Режим - постельный.

Стол №.0.

Жалобы на дискомфорт в месте послеоперационной раны, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.7 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 130 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 130 и 70 мм. рт. ст. . Пульс 80 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. При пальпации в области послеоперационной раны сохраняется болезненность. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка сухая.

Перевязка: гиперемии, инфильтрации краёв раны нет. Отделяемого из раны нет. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Палатный режим;

Дыхательная гимнастика;

ЛФК;

Массаж грудной клетки.

15.02.08 г.

Режим - палатный.

Стол №.0.

Жалобы на дискомфорт в месте послеоперационной раны. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.6 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 70 мм. рт. ст. . Пульс 70 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. При пальпации в области послеоперационной раны сохраняется умеренная болезненность. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка сухая.

Перевязка: гиперемии, инфильтрации краёв раны нет. Отделяемого из раны нет. Швы сняты через один. Кожа вокруг раны обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

Назначение:

Диета № 0;

Палатный режим;

ЛФК;

Массаж грудной клетки;

Анализы: общий анализ крови и мочи.

18.02.08 г.

Режим - палатный.

Стол №.0.

Жалоб на дискомфорт в месте послеоперационной раны нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36.6 0С. В лёгких дыхание везикулярное. ЧД = 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление на правой руке 120 и 80 мм. рт. ст., на левой руке 120 и 80 мм. рт. ст. . Пульс 80 уд. в мин. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Был самостоятельный, оформленный стул. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует. Перитонеальной симптоматики нет. Повязка и швы сняты. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписывается на амбулаторное лечение.

Анализы от 15.02.08 г.

Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты крови | 15.02.08.  | Норма | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 165 | 132-164 | г/л |
| Цветной показатель | 0,99 | 0,85 – 1,05 | - |
| Эритроциты | 4,6 | 4,5-5,1 | 1012/л |
| Лейкоциты | 7,1 | 4,78-7,68 | 109/л |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 63 | 47 – 72 | % |
| Лимфоциты | 26 | 18 – 40 | % |
| Моноциты | 3 | 2 – 9 | % |
| СОЭ | 16 | менее 16 | мм/час |

Заключение: изменений в общем анализе крови нет.

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели мочи | 15.02.08.  | Нормальные показатели |
| Количество | 100 мл | - |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Реакция | кислая | слабокислая |
| Цвет | светло-желтая | соломенно-желтый |
| Плотность | 1021 | 1015-1025 |
| Белок | отрицательный | отрицательный |
| Микроскопический анализ:  |  |  |
| Лейкоциты | 0-2 | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты | 0-1 | 0-1 в поле зрения |

Слизь +

Соли +

Бактерии - нет.

Заключение: изменений в общем анализе мочи нет.

Выписной эпикриз

1934 г. рождения, находился в ООД с 21.01 по 18.02. 2008 года, заключительный диагноз:

Основное заболевание: Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки.

Сопутствующие заболевания: Открытоугольная развитая глаукома левого глаза с умеренным повышением внутриглазного давления.

Диагноз - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки рТ1N0М0. Состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки поставлен на основании:

Жалоб больного: на наличие стомы, периодические боли в ней, которые чаще всего возникали при дефекации; слабость; повышенную утомляемость.

Данных анамнеза заболевания: болеет с января 2007 года – когда впервые его стали беспокоить стойкие запоры, сопровождающиеся чувством тяжести, урчанием и вздутием кишечника. В августе 2007 года - стали беспокоить схваткообразные боли в животе, которые сопровождались задержкой стула и газов. По данным ректороманоскопии у больного был обнаружен cancer сигмовидной кишки.30 августа 2007 года в ООД больному была выполнена резекция сигмовидной кишки по типу операции Гартмана с формированием одноствольной колостомы по поводу cancer сигмовидной кишки, осложнённого обтурационной кишечной непроходимостью. Удалённый фрагмент толстой кишки был отправлен на гистологическое исследование. Гистология № 6191 от 4.09. 2007 г. - Умеренно дифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки в пределах слизистой оболочки.

Данных анамнеза жизни: факторы риска развития онкопроцесса - мужчина старше 60 лет (73 года), отягощённая наследственность по материнской линии, относительно высокий социально-экономический уровень жизни (в связи с проживанием в городе) и соответствующий характер питания (частое употребление пищи богатой животными жирами).

Данных объективного исследования: при общем осмотре обнаружен рубец длинной около 18 см от нижней срединной лапаротомии, выполненной по поводу cancer сигмовидной кишки (август 2007 г). В левой подвздошной области функционировала колостома до момента операции по её закрытию.

Больному до операции производилось контрольное обследование. Результаты лабораторного исследования: Общий анализ крови - увеличение СОЭ (17 мм/ч); Биохимический анализ крови - повышение уровня мочевины (11,1 ммоль/л), АСТ (44,3 ед/л), АЛТ (43,5 ед/л), α – амилазы (71,8 г/л), фибриногена (6,1%); Общий анализ мочи - белок в моче (0,099 г/л).

Результаты инструментального обследования: ЭКГ (23.01.08 г) - признаки очаговой патологии не выявлены; рентгенография органов грудной клетки (23.01.08 г) – без патологии; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (23.01.08 г) – диффузные изменения в печени; ректороманоскопия в recti (24.01.08 г) - без органической патологии; сигмоскопия через стому (24.01.08 г) - состояние после обструктивной резекции сигмовидной кишки (на 50 см без органической патологии).

25.01.08 г. - через 4 дня после поступления больному была выполнена операция: Лапаротомия. Внутрибрюшинное закрытие колостомы. Дренирование брюшной полости. После оперативного вмешательства больной был переведён в ОРИТ, где находился с 25.01.08 г. по 31.01.08 г. и получал лечение: ИВЛ (до 20: 40 25.01.08 г); инфузионная терапия (Глюкоза 5% - 400,0 + Инсулин 6 ЕД + витамины В1, В6 2,0 + витамин С 3,0 + KCl 4% -30,0 + раствор Рингера 400,0 в/в – капельно 2 раза в день); антибактериальная терапия (Гентамицин 80 мг в/м 3 раза в день); обезболивание (Промедол 2% - 1,0 в/м 3 раза в день); улучшение реологии крови (Гепарин 25 тыс. ED п/к 4 раза в день); симптоматическая терапия.

Проводимое обследование:

Общий анализ крови - от 25.01.08 г.: гемоглобин 156 г/л, эритроциты 5,0×1012 /л, цветовой показатель 0,97, лейкоциты 7,6×109 /л, СЯН 70×109 /л, лимфоциты 30%, моноциты 8%, СОЭ 18 мм в час.

Общий анализ мочи - от 25.01.08 г.: кол-во – 100 мл, цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 1020, реакция кислая, белок 0,09 г/л, лейкоциты 0 - 2 в п. зр, эритроциты 0-1 в п. зр., слизь +, соли +, бактерии – нет.

31.01.08 г. больной был переведён из ОРИТ во 2 хирургическое отделение, где находился до момента выписки (до 18.02.08 г). Получал лечение:

Стол 0 (до операции Стол 0)

Режим постельный (до операции режим палатный)

ЛФК

Массаж грудной клетки

Анальгин 50% - 2,0 в/м 2 раза в день

Димедрол 1% - 1,0 в/м 3 раза в день

Гепарин 25 тыс. ED п/к 4 раза в день

Прозерин 1,0 в/м 3 раза в день

Гентамицин 80 мг в/м 3 раза в день

Глюкоза 5% - 400,0 + Инсулин 6 ЕД + витамины В1, В6 2,0 + витамин С 3,0 + KCl 4% -30,0 + раствор Рингера 400,0 в/в – капельно 2 раза в день

Строфантин 0,025% - 5,0 в/в 2 раза в день

Эуфиллин 2,4% - 5,0 в/в 2 раза в день

Пилокарпин 1% - 5,0 по 2 капли 2 раза в день

Изоглаукон 0,25% - 10,0 по 2 капли 2 раза в день.

Диакарб 0,25 г. по 1 таблетке 1 раз в день.

Проводимое обследование:

Общий анализ крови - от 3.02.08 г.: гемоглобин 161 г/л, эритроциты 4,8×1012 /л, цветовой показатель 0,97, лейкоциты 7,6×109 /л, СЯН 65×109 /л, лимфоциты 20%, моноциты 5%, СОЭ 17 мм в час; от 15.02.08 г.: гемоглобин 165 г/л, эритроциты 4,6×1012 /л, цветовой показатель 0,99, лейкоциты 7,1×109 /л, СЯН 63×109 /л, лимфоциты 26%, моноциты 3%, СОЭ 16 мм в час.

Общий анализ мочи - от 3.02.08 г.: кол-во – 100 мл, цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 1021,реакция кислая, белок 0,07 г/л, лейкоциты 0 - 2 в п. зр, эритроциты 0-1 в п. зр., слизь +, соли +, бактерии – нет; от 15.02.08 г.: кол-во – 100 мл, цвет светло-желтый, прозрачная, плотность 1021,реакция кислая, белок – отр., лейкоциты 0 - 2 в п. зр, эритроциты 0-1 в п. зр., слизь +, соли +, бактерии – нет.

18.02.08 г. – Швы сняты. Рана зажила первичным натяжением.

Цитологический диагноз (цитологическое исследование № 852 от 26.01.08 г): Фиброзная и жировая ткань с признаками воспаления, наличием грануляций.

Больной выписан 18.02. 2008 года. На момент выписки состояние больного удовлетворительное.

Прогноз (ближайший и отдалённый):

Для жизни – благоприятный

Для здоровья – благоприятный

Для трудовой деятельности – не благоприятный.

Диспансеризация

После выписки больного из ООД рекомендовано наблюдение у онколога через 1 месяц, затем в течение 2-х лет через каждые 3 месяца, 3-й год после операции наблюдение через каждые 4 месяца, 4-5-й год - через каждые 6 месяцев. После 5 лет 1 раз в год. Через 6,12,24,36 месяцев после операции рекомендовано проведение УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, колоноскопии или ирригоскопии с целью выявления метастазов, рецедива, полипов и метахронно возникших опухолей кишечника. При появлении симптомов, свидетельствующих о нарушении функции кишечника рекомендовано незамедлительно обратиться к онкологу и пройти обследование, не дожидаясь установленного положением срока очередного контрольного осмотра.

Список использованной литературы

1. Агеев И.С., Чижиков Н.В., Хайдурова И.Л. Клиническая онкология: учебно-методическое пособие. – Пенза: Изд-во Пенз. Гос. Ун-та, 2007. – 364 с.
2. Воробьёв Г.И., Саламов К.Н., Вышегородцев Д.В. Восстановление естественного кишечного пассажа после операции Гартмана // Хирургия. - 1992 - №4 - С.31-36.
3. Запороженко Б.С., Шишлов В.И. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных после наложения колостомы // Клин. Хирургия. – 2005. - № 4 – 5 – с.10.
4. Михайлов А.Н. Рентгенодиагностика основных болезней ободочной и прямой кишок - МН.: Беларусь, 1983 – 112 с.
5. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. Москва, Медицина, 1987 г.
6. Трапезников А.А., Поддубная Н.В. Справочник по онкологии.
7. Черкес В.Л., Кныш В.И. Восстановление непрерывности кишечной трубки у больных колостомой // Хирургия – 1997. - № 9. – с. 19 - 22.
8. Яицкий Н.А., Седов В. М, Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. – М.: МЕДпрессинформ, 2004. – 376 с.