

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ № 166195

ГБУЗ МО
КОРОЛЕВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА
ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ул. Циолковского, дом 24

Пациент: Ф.И.О.: Новикова Лидия Александровна

Дата рождения: 03.04.1935/ 87 лет.

Адрес места жительства: М.О., г. Сергиев Посад ул. Воробьевская д.33а кв.7

Диагноз заключительный клинический:

Основной: (МКБ10 - C56) ЗНО яичников. Канцероматоз брюшины.

Осложнение: Компенсированная хроническая обструктивная толстокишечная непроходимость. Трансверзостомия от 02.02.2023г.

Сопутствующий: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий, аорты. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск ССО4. Ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием XIENCE V 3,0-28 мм от 27.05.2015г

Жалобы при поступлении: общую слабость, дискомфорт внизу живота., нарушение стула.

с июля 2022г пациентка периодически жаловалась на боли внизу живота, запоры. Снижение веса в июле 2022г до 20кг.

В апреле 2022г брашалась к гастроэнтерологу. При обследовании (колоноскопия) обнаружен полипоз толстого кишечника. Взята биопсия из полипа поперечно — ободочной кишки до 2,5 см. Гистология — ворсинчатая аденома.

Других патологических изменений не выявлено.

Находилась на стационарном лечении в « Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» с 08.06. - 10.06.2022г по поводу аденомы поперечно — ободочной кишки. При контрольной колоноскопии выявлена аденома поперечно — ободочной кишки д 4,0 см.

Проведен консилиум 10.06.2022г: учитывая невозможность эндоскопического удаления образования (аденома перечно ободочной кишки до 4,0 см без визуальных признаков малигнизации), пациентке показано хирургическое вмешательство в объеме резекции поперечно — ободочной кишки, однако риск операции крайне высокий. Проведена беседа с пациенткой, с родственницей пациентки (дочь). От предложенного хирургического лечения на момент осмотра пациентка категорически отказывается. О возможных последствиях и осложнениях предупреждена, претензий к медицинскому персоналу, лечению не имеет.

С 27.06. - 05.07.2022г находилась на стационарном лечении в Московско — областной больнице им. Проф. Розанова В.Н. с диагнозом: аппендикулярный инфильтрат.

Больной проведена консервативная терапия, острый приступ купирован. Показаний к экстренной операции не выявлено.

С 20.07. 2022г — 28.07.2022г находилась на стационарном лечении в ГБУЗ МО Мытищинская городская больница в отделении экстренной хирургии диагнозом аппендикулярный инфильтрат.

МСКТ органов брюшной полости с в/в контрастированием от 21.07.2022г: в правых отделах малого таза определяется инфильтрат, вероятно, с вовлечением петель подвздошной кишки, а также правого яичника, точные размеры определить затруднительно, около 56x48x63 мм, от тела матки инфильтрат четко не дифференцируется. Также к инфильтрату прилежит стенки сигмовидной кишки. Аппендикс четко не дифференцируется. Также в малом тазу нельзя исключить небольшое количество жидкости. Заключение: КТ- картина инфильтрата в области малого таза (аппендикулярного?). Образование нижнего полюса правой почки (25x26x27 мм). Простые кисты почек.

УЗИ почек от 26.07.2022г правая почка: паренхиматозно единичные кисты 6-8мм, нижний полюс изоэхогенное, неоднородное, с четкими участками неровными контурами, образование размерами 32x22x25 мм, единичные лоскуты кровотока.

Данных за экстренную патологию не выявлено.

Контрольное обследование:

МРТ органов брюшной полости от 22.11.2022г: Заключение: МР — картина может соответствовать внутрисрединному образованию поперечно — ободочной кишки, без достоверных признаков инвазии стенки. Кисты почек.

КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, малого таза без КУ от 07.12.2022г:

В легких слева в S8 кальцинат 0,6 см. В S10 слева эмфизематозная булла

В брюшной полости в проекции большого сальника межпетельно, определяются узловатые уплотнения размерами 0,9x2,2 см — канцероматозные узлы. В дистальной трети сигмовидной кишки не исключается циркулярное опухолевое образование (вовлечение канцероматозными узлами?), протяженностью не менее 7 см, с неровным тяжистым контуром, с фиксацией к телу матки, вовлечением петель тонкой кишки.

В правой подвздошной области определяется инфильтрат, с вовлечением д/3 восходящей ободочной кишки, тела матки, правых придатков. Выявленные изменения могут соответствовать местно распространенной опухоли восходящей ободочной кишки, не исключается вовлечение канцероматозными узлами.

Заключение: КТ — картина соответствует канцероматозу, может соответствовать местно распространенной опухоли сигмовидной кишки и опухоли восходящей ободочной кишки с формированием инфильтратов в полости малого таза, исключается вовлечение канцероматозными узлами.

Видеоколоноскопия от 16.12.2022г: колоноскоп проведен в купол слепой кишки.

В поперечно ободочной кишке определяется крупное эпителиальное образование аденоматозного вида до 3,5 см в диаметре с небольшим экзофитным компонентом и непротяженным гранулярным компонентом. Образование мягко — эластичной консистенции, располагается за складкой, плохо выводится и в связи с этим плохо полностью визуализируется. На визуализируемых участках ямочный рисунок регулярный JNET 2a. Биопсия 1. В д/3 сигмовидной кишки (на уровне 18 см от наружного края анального канала) определяется выраженная инфильтрация стенки кишки и ее фиксация (данная зона плохо проходима для аппарата). Инфильтрация преимущественно занимает до 1/2 окружности кишки, протяженность составляет около 3,0x4,0 см. На одном из участков на фоне инфильтрации определяется участок гиперемированной и гиперплазированной бесструктурной ткани не больше 0,5-0,6 см. (проращение канцероматозного узла?), Биопсия 2.

Гистологическое заключение № Д62874-83 от 21.12.2022г: Биопсия 1 (полип поперечно — ободочной кишки) поверхностные фрагменты опухоли толстой кишки, представлены тубулярными и ворсинчатыми аденоматозными структурами с дисплазией эпителия высокой степени /high-grade.

Биопсия 2 (область инфильтрированной слизистой сигмовидной кишки) фрагменты слизистой толстой кишки с неравномерным распределением части рипт, группой гиперплазированных крипт, наличием немногочисленных лимфоцитов, плазматических клеток и пигментированных макрофагов в собственной пластинке слизи. Опухолевого роста в исследованном материале не обнаружено.

Консультация онгинеколога в МГОБ 62 от 22.12.2022г: Заключение: у пациентки клинически и по данным обследования канцероматоз, нельзя исключить опухоль кишечника или аппендикса. Опухоль яичников?. Рекомендована диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли, биопсией влагалища для морфологической верификации.

27.12.2022г выполнена гистероскопия. Раздельно — диагностическое выскабливание. Биопсия влагалища.

Гистологическое заключение № 9957-67 от 12.01.2023г: 1-фрагменты стенки влагалища с многостойным плоским эпителием с папилломатозом, дистрофическими изменениями, под ним в строме ангиоматоз, скудные периваскулярные воспалительные инфильтраты. 2- в соскобе кровь, микрофрагменты экзоцервикса с дистрофическими изменениями, эндоцервикса. 3 — в соскобе кровь, микрофрагменты экзоцервикса с дистрофическими изменениями, обрывки эпителия желез эндоцервикса.

Онкомаркеры от 29.12.2022г: СА125 — 47,3 ЕД/мл; РЭА — 3,0 нг/мл; СА15,3 — 18,0 ЕД мл; СА 19.9 — 35,6 ЕД/мл

В настоящее время госпитализирована для коррекция явлений хронической обтурационной толстокишечной непроходимости проведением механической подготовки толстой кишки приемом вазелинового масла и солевых слабительных, инфузионная метаболическая, симптоматической терапии, решения вопроса о диагностической лапароскопии.

Перенесенные заболевания: ОРЗ. ГРИПП. Детские инфекции. Операция — стентирование коронарных артерий от 2015г. Артериальная гипертензия 2 ст.

Аллергия: сыпь на кожи — новокаин, никотиновая кислота, доксициклин, мидокалм, траксевазин, дроздол, альфагам, тимолол, ультракаим.

При поступлении состояние пациента средней тяжести (по шкале Карновского 70%, по ECOG-WHO 2 балл).

Рост 154 см Вес 50 кг

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ:

ЭГДС от 25.01.2023г : Заключение: эндоскопические признаки кандидоза пищевода 1 степени о Kodsí. Эрозивный рефлюкс — эзофагин степени А по Лос- Анжелесской классификации. Поверхностный гастрит. Бульбодуоденит.

31.01.2023г ОПЕРАЦИЯ: произведена диагностическая лапароскопия, парциальная резекция большого сальника с мтс.

Описание: во всех отделах скудно прозрачная серозная жидкость. Отправлена на цитологическое исследование.

Тонкий и толстый кишечник не раздуты. На большом сальнике мтс до 2,5см — 3,0см в диаметре.

Мтс высыпания от 0,5 до 1,0 см на брыжейки тонкой кишки, брюшине латеральных каналов, передней брюшной стенки.

На куполах диафрагмы, печени, желудке, селезенке без мтс.

В малом тазу определяется опухолевый конгломерат состоящий из правой стенки таза, матки и правого придатка, отечный, ткани в опухолевом конгломерате плохо дифференцируются, вращение в опухолевый конгломерат червеобразного отростка. Инфильтрат не подвижный. С диагностической целью произведена резекция пряди сальника с мтс. Опухоль погружена в контейнер, расширена рана после установки лапароскопа биопсийный материал извлечен из брюшной полости.

Цитологическое заключение № 863/23: материал представлен клетками пролиферирующего мезотелия, лимфоцитами и гистиоидными элементами, нейтрофильными лейкоцитами.

Гистология в работе.

02.02.2023г появились резкие боли в животе.

При обзорной рентгенограмме органов брюшной полости — сохраняются единичные тонкокишечные уровни, петли кишечника пневмотизированы.

Несмотря на проведение механической подготовки толстой кишки приемом вазелинового масла и солевых

слабительных, инфузионная метаболическая, симптоматической терапии,

Терапия без эффекта, рекомендовано выведение колостомы.

02.02.2023г ОПЕРАЦИЯ: диагностическая лапароскопия. Адгезиолизис, трансверзостомия.

Течение послеоперационного периода неосложненное. Заживление операционных ран первичным натяжением.

Швы с послеоперационных ран сняты все.

Группа крови от 24.01.2023г: А(II) вторая; Rh(-) отрицательный Kell – отрицательный.

RW, ВИЧ, Гепатиты — отрицательно от 26.01.2023г

ЭКГ от 06.02.2023г: синусовый ритм, ЧСС 75 уд в мин. Нормальное направление ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. В сравнении с ЭКГ от 02.02.2023г без динамики

Анализ крови общий от 09.02.23: HGB 110г/л, RBC $3,96 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $241 \times 10^9/л$; Le $6,09 \times 10^9/л$; ne 3,57; ly 1,74; mo 0,56

Биохимия крови от 09.02.22г: АСТ 65,6(4,0 – 37,0)U/L; АЛТ — 38,7; билирубин общий 7,8(5,1-20,0)umol/L;

GLUC 4,86(3,6 – 6,11) mmol/L; Мочевина 3,09(2,16 – 7,15)umol/L; креатинин 79,7(61,6 – 114,4)umol/L

Коагулограмма от 09.02.2023г: АЧТВ — 26,6 сек; МНО — 1,04 ; ПТИ — 92,9%; Протромбиновое время — 11,4 сек.

Общий анализ мочи от 09.02.23: УВ 1.026; pH 5; Бел отр(г/л); Глюкоза jnh(ммоль/л); Кет отр; Бил отр; Убг отр(мкмоль/л); Нит отр; Лей 25(лей/мкл); Крв отр(эри/мкл).

Выписывается домой в стабильном состоянии.

Рекомендовано:

При выписке рекомендовано:

1. Наблюдение у онколога по м/ж; гемостимулирующая терапия (ферлатум 1 тубик х 2 раза в сут).
2. Соблюдение режима труда и отдыха, ограничение физических нагрузок;
3. Для профилактики ВТЭО — Аликсабан 5 мг 2р в сутки длительно;
4. При тошноте/рвоте: ондансетрон (латран, зофран) 8 мг х 2-3 раза в день; метоклопрамида гидрохлорида моногидрат (церукал, реглан) по 1 табл. (10 мг) 3–4 раза в сутки за 30 мин. до приема пищи - до прекращения симптомов.
5. Адекватная обезболивающая терапия.
6. Прийти за результатом гистологии через 7 рабочих дней.
7. Врачебный онкологический консилиум по результатам гистологии.

Лечащий врач

/Герасимова Е.Б./

Зав. отделением

/Екимов В.А./