МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Острая спаечная тонкокишечная непроходимость**

Куратор:студентка 3 курса

Время курации с 4.12 2008 г. по 12.12.2008 г.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ. ЖАЛОБЫ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI). ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE). ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS). ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Х. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ. ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ. ПРОГНОЗ. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Фамилия, имя, отчество (больного) -

2. Пол - мужской

. Возраст - 1 ноября 1962 г. (46 лет)

. Постоянное место жительства –

. Профессия - слесарь

. Дата поступления - 3 сентября 2008 г.

. Дата курации - 4 декабря 2008 г. - 12 декабря 2008 г.

**II. ЖАЛОБЫ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА**

### **Жалобы на боли.**

Больной предъявляет жалобы на периодические сжимающие боли, локализующиеся в области верхушки сердца, иррадирующие по левой половине грудной клетки, появляющиеся во время физической нагрузки и купирующиеся нитроспреем. Боли по интенсивности сильные, приступообразные, продолжительные, сопровождаются одышкой.

### **Жалобы общего характера.**

Отмечаются жалобы на слабость, повышенную утомляемость, сухость во рту.

### **Жалобы системного характера**

Наблюдаются жалобы на сердцебиение.

**III. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

Больным по поводу данного заболевания себя считает с 19.08.2008 г. Причиной, возникших болей, считает чрезмерную физическую нагрузку на работе. Для уменьшения болевого симптома больной ФИО осуществлял ингаляцию нитроспреем до 3-5 раз в день, при вновь возникшем приступе. Приступообразные боли возникали каждый день. Поскольку боль не устранялась, больной обратился 28.08.2008. г. в свою участковую больницу, откуда был направлен в ПОКБ им. Бурденко, где и был госпитализирован 3.09.2008. г. в отделение кардиологии с диагнозом - острый инфаркт миокарда.

**IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

### **Краткие биографические сведения:**

ФИО родился 1.11.1962 года в Самарской области - в хорошей климато-географической обстановке для проживания. Родители развелись в 1973 г., имеет 6 сестер. Матери 70 лет, еще работает, отец умер. Больной рос и развивался соответственно возрасту. Окончил среднюю общеобразовательную школу, после чего поступил в техникум. Получил диплом по специальности «Слесарь». С 1982- 1984 гг. служил в армии.

**Семейно-половой анамнез:**

Половую жизнь начал вести с 15 лет. В брак вступил в 1988 г. Имеет двух детей - дочь 20 лет и сына 14 лет.

### **Профессиональный анамнез:**

После учебы работал электриком. После окончания службы в армии стал работать слесарем. Имеет ночные смены. Среди неблагоприятных профессиональных факторов отмечается влияние длительного статического напряжения, физических нагрузок.

### **Бытовой анамнез:**

Жилищно-коммунальные и санитарно-гигиенические условия нормальные. Проживает в 3-ех комнатной благоустроенной квартире с женой, дочерью, сыном.

### **Питание:**

Питание в семье регулярное, полноценное, специальных диет не соблюдает.

### **Вредные привычки:**

Курить начал с 16 лет, но 2 года назад бросил. Алкоголь начал употреблять с 18 лет, но уже в течение 18 лет не пьет.

**Перенесённые заболевания:**

Наличие инфекционных заболеваний в детском возрасте отрицает. Хирургических вмешательств не было. Является постоянным донором.

Наличие гемотрансфузий отрицает.

### **Наследственность:**

Наследственность отягощена раковыми заболеваниями: отец умер от рака желудка, бабушка по материнской линии от рака молочной железы. Дедушка по материнской линии умер от инфаркта миокарда.

**Эпидемиологический анамнез:**

Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические заболевания, контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает.

### **Аллергологический анамнез:**

Аллергологический анамнез не выявлен.

**V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО** **(STATUS PRAESENS)**

спаечный тонкокишечный непроходимость хирургический

**Общий осмотр**

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Положение больного: активное.

Сознание больного: ясное.

Выражение лица: спокойное

Тип телосложения: нормостенический, рост 177 см, вес 76 кг.

Осанка: сутуловатая.

Температура тела 36,6 С.

Кожа и слизистые оболочки: кожа бледно - розового цвета, депигментации нет. Кожные покровы без видимых травм и высыпаний, чистые. Кровоизлияния, сосудистые изменения, видимые опухоли, рубцы на коже и слизистых отсутствуют.

Тургор кожных покровов: несколько снижен, влажность кожи повышенная (холодный липкий пот). Оволоснение по мужскому типу.

Ногтевые фаланги и ногтевые пластинки: без изменений.

Подкожно-жировая клетчатка: развита нормально. Кожная складка на уровне угла лопатки 1,5 см. Отёки не выявлены.

При визуальном осмотре регионарные лимфатические узлы не изменены. При пальпации лимфатические узлы небольших размеров, безболезненные, мягкой консистенции, умеренно подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями.

Костно-мышечная система: развита удовлетворительно, атрофии мышц при осмотре не обнаружено, тонус мышц сохранен, безболезненны при пальпации. Кости при поколачивании - безболезненны. Форма костей не изменена, наличие деформаций и болезненности при пальпации не выявлено.

При ощупывании и движении грудной клетки болезненности не наблюдается.

Суставы: правильной конфигурации, припухлости и болезненности при пальпации не выявлено. Болезненность, хруст при движениях в суставах отсутствуют. Объем пассивных и активных движений в суставах осуществляется в полной мере.

**Система органов дыхания**

*При осмотре* деформаций формы носа, гортани и шеи не выявлено. Дыхание через нос затруднено. Форма грудной клетки нормостеническая, с ровными, слегка сглаженными над - и подключичными пространствами, косонисходящим ходом рёберных дуг, межреберные промежутки умеренной ширины, лопатки плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки, реберный угол прямой, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2:3, грудная клетка симметрична. Позвоночник не искривлен. Тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричны. Дыхание средней глубины, ритмичное, частота дыхательных движений 16 в одну минуту. Соотношение вдоха и выдоха 2:3.

*При пальпации* надключичной области, ключицы, подключичной области, грудины, а также над-, меж- и подлопаточных областей болезненности не выявлено. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

*При сравнительной перкуссии* над всей поверхностью легочной ткани отмечается ясный легочный перкуторный звук.

Таблица 1. - Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек спереди и сзади | На 3 см выше ключицы | На 3 см выше ключицы |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |
| Нижняя граница легких: | | |
| По окологрудинной линии | VI межреберье | Не определяется |
| По срединно-ключичной линии | VI ребро | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| По средней подмышечной линии | VIII ребро | VIII ребро |
| По задней подмышечной линии | IX ребро | IX ребро |
| По лопаточной линии | Х ребро | Х ребро |
| По околопозвоночной линии | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких: | | |
| По срединно-ключичной линии | 6 см | 6 см |
| По средней подмышечной линии | 7 см | 7 см |
| По лопаточной линии | 7 см | 7 см |

*При аускультации* над всей поверхностью легочных полей выслушивается нормальное везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон.

**Система органов кровообращения**

*При осмотре* сердечной области видимых изменений (сердечный горб), пульсаций яремных вен и сонных артерий не отмечается.

*При пальпации* верхушечный толчок определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, усиленный, концентрический. Определяется сердечный толчок и эпигастральная пульсация - в норме.

*При перкуссии* сердца определили границы относительной тупости сердца. Данные показатели приведены в таблице 2.

Таблица 2. - Границы относительной тупости сердца при перкуссии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топографической линии |
| Правая | IV | На 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Левая | V | На 1 см внутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | II | 1 см кнаружи от левой грудинной линии |

Конфигурация сердца - нормальная, поперечник относительной тупости сердца 12 см. Ширина сосудистого пучка 5 см.

*Границы абсолютной тупости сердца:*

Правая граница - по левому краю грудины;

Левая граница - на 1,5 см внутри от левой границы относительной тупости сердца;

Верхняя граница - на уровне IV ребра.

*Аускультация сердца*: тоны сердца громкие, ритмичные, третьего тона сердца не обнаружено, отсутствует акцент второго тона на основании сердца, шумов нет, экстракардиальные шумы (шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум) не выслушиваются.

**Исследование сосудов**

Свойства пульса на лучевых артериях: величина пульсовых волн на правой и левой лучевых артериях одинаковая. Артериальный пульс ритмичен, нормального напряжения и наполнения, частотой 85 ударов в минуту.

На сонной и подключичной артерии выслушивается 2 тона, на бедренной артерии 1 тон. Шум Виноградова - Дюрозье и другие шумы не выслушиваются. Артериальное давление на плечевых артериях (по методу Короткова) на обеих руках 140/90 мм рт. ст.

**Печень и желчные пути**

При осмотре выпячивания и деформаций в области правого подреберья не наблюдается.

*Границы печени по Курлову:*

· Верхняя граница абсолютной тупости: по правой срединно-ключичной линии - VI ребро

· Нижняя граница абсолютной тупости печени:

По правой срединно-ключичной линии - на уровне реберной дуги

По передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка

По левой реберной дуге - на уровне левой парастернальной линии

Размеры печени по Курлову:

· По правой срединно-ключичной линии 9 см

· По передней срединной линии 8 см

· По левой реберной дуге 7 см

*При пальпации* печени нижний край острый, мягкий, безболезненный; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется.

**Селезенка**

*При визуальном осмотре* выпячивания и деформаций в области левого подреберья нет.

*При перкуссии* длинник селезенки, располагающийся по Х ребру, составляет 10 см, а поперечник - 6,5 см. *При пальпации* селезенка не прощупывается. *При аускультации* в области левого подреберья шума нет.

**Система органов мочеотделения**

*При осмотре* области почек и мочевого пузыря гиперемии кожи, припухлости и выбухания не выявлено. Отеки отсутствуют.

*При пальпации* реберно-позвоночной точки и мочеточниковых точек болезненности не наблюдается. Почки и мочевой пузырь не пальпируются.

*При перкуссии мочевого пузыря* выявляется тимпанический перкуторный звук, при перкуссии почек симптом Пастернацкого отрицательный.

**Эндокринная система**

Признаков патологического ожирения и нарушения питания не выявлено. Щитовидная железа при осмотре не видна. При пальпации боковые доли щитовидной железы не определяются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика однородной консистенции. Ширина перешейка не превышает диаметр среднего пальца руки. Железа не спаяна с кожей и окружающими тканями, легко смещается при глотании. Расстройств со стороны эндокринной системы не выявлено.

**Нервная система**

Обоняние и вкус не нарушены. Орган зрения: острота -7,5, реакция зрачков на свет адекватна, косоглазие и нистагм не выявлены. Слух и вестибулярный аппарат в норме. Глотание и движение языка без патологии. Речевых расстройств не выявлено. Походка пациента обычная. Обнаружен шейный лордоз, остеохондроз, спондилоартроз шейного отдела позвоночника с нейропатией С7-С8 справа. Паравертебральные точки в области С7-С8 болезненны. Движения ограничены. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не обнаружено.

### **STATUS CHIRURGICUM (ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАТУС).**

### SYSTEMA DIGESTORIUM (ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА).

*При осмотре* полости рта: дёсна и зубы без изменений, язык сухой, покрыт жёлтым налётом, нормальной формы. Миндалины не увеличены. Живот вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Рубцов и расширения подкожных вен на передней брюшной стенке не выявлено.

*При аускультации* выслушивается периодическая усиленная перистальтика кишечника (урчание, переливание, бульканье, шум падающей капли), которая в момент перистальтической волны способствует усилению схваткообразных болей.

*При перкуссии живота* над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Над растянутыми кишечными петлями определяется высокий тимпанит. Толчкообразные движения руки над растянутыми кишечными петлями вызывают шум плеска, что свидетельствует о скоплении в приводящей петле жидкости и газа.

*При поверхностной пальпации* передней брюшной стенки опухолевидных выпячиваний и расхождение мышц по белой линии живота не выявлено. Брюшная стенка напряженная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

*При глубокой скользящей пальпации* по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, плотного, безболезненного легко смещаемого цилиндра, размером около 2,5-3 см, урчания при пальпации не отмечается. Слепая кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, размером 3-5 см; поверхность гладкая. Поперечная ободочная кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, легко смещается, не урчит, размером около 5 см. Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра, размером 4 см, без урчания. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, гладкого, эластичного валика, болезненна. Привратник не пальпируется, отмечается умеренная болезненность. При пальпации поджелудочной железы увеличения, болезненности и уплотнения не выявлено.

**Местные изменения (status localis)**

*При осмотре* живот равномерный, без выпячиваний и втяжений, грыжи белой линии нет, живот участвует в дыхании.

*При пальпации* живот напряжен, не вздут, болезненный во всех отделах

*При перкуссии* живота определяется неравномерность распределения тимпанита, характеризующегося над раздутыми участками более высоким звуком с металлическим тембром. При перкуссии с плессиметром одновременно с аускультацией можно выявить симптом Кивуля, перкуторный звук с ясным металлическим оттенком.

*При аускультации* выслушивается перистальтика.

**VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Основной диагноз**: Острая (спаечная?) кишечная непроходимость.

Данный диагноз поставлен на основании жалоб больного, анамнеза заболевания и жизни, осмотра больного.

На основании жалоб больного:

Жалобы на периодические схваткообразные боли, локализующиеся в эпигастральной области, иррадиирущие по всей поверхности живота, появляющиеся и временно (на несколько минут) стихающие. Боли по интенсивности сильные, невыносимые, мешающие сну. Усиливаются чаще в момент появления перистальтической волны, при движении, кашле. Отмечаются жалобы на слабость, рвоту, недомогание, повышенную утомляемость, сухость во рту, задержку стула и газов.

На основании анамнеза заболевания:

#### Появление болей в эпигастральной области приступообразного (схваткообразного) характера, рвота и задержка стула и газов. Причина возникших болей - съеденные 4 крупных яблока, которые больной съел накануне вечером. Была поставлена клизма, после чего начали отходить газы и стул, боли на несколько минут стихли, а затем снова стали нарастать, мешая сну.

На основании анамнеза жизни:

После переезда в Рязань - питание ухудшилось, в связи с резкой переменой обстановки. Через несколько лет переехал в г. Пенза, хорошо обустроился и на нарушение обстановки не жалуется. Питание в семье регулярное, полноценное, специальных диет не соблюдает. Курит 35 лет.

На основании осмотра и жалоб больного:

Больной предъявляет жалобы на периодические схваткообразные боли, локализующиеся в эпигастральной области, иррадиирущие по всей поверхности живота, появляющиеся и временно (на несколько минут) стихающие. Боли по интенсивности сильные, невыносимые, мешающие сну. Усиливаются чаще в момент появления перистальтической волны, при движении, кашле. Отмечаются жалобы на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, сухость во рту. Наблюдаются жалобы на рвоту, задержку стула и газов.

*При осмотре* полости рта: дёсна и зубы без изменений, язык сухой, покрыт жёлтым налётом, нормальной формы. Миндалины не увеличены. Живот вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Рубцов и расширения подкожных вен на передней брюшной стенке не выявлено.

*При аускультации* выслушивается периодическая усиленная перистальтика кишечника (урчание, переливание, бульканье, шум падающей капли), которая в момент перистальтической волны способствует усилению схваткообразных болей.

*При перкуссии живота* над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Над растянутыми кишечными петлями определяется высокий тимпанит. Толчкообразные движения руки над растянутыми кишечными петлями вызывают шум плеска, что свидетельствует о скоплении в приводящей петле жидкости и газа.

*При поверхностной пальпации* передней брюшной стенки опухолевидных выпячиваний и расхождение мышц по белой линии живота не выявлено. Брюшная стенка напряженная, болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

*При глубокой скользящей пальпации* по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, плотного, безболезненного легко смещаемого цилиндра, размером около 2,5-3 см, урчания при пальпации не отмечается. Слепая кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, размером 3-5 см; поверхность гладкая. Поперечная ободочная кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, легко смещается, не урчит, размером около 5 см. Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра, размером 4 см, без урчания. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, гладкого, эластичного валика, болезненна. Привратник не пальпируется, отмечается умеренная болезненность. При пальпации поджелудочной железы увеличения, болезненности и уплотнения не выявлено.

**VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

*Лабораторные методы:*

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови.

. Определение группы крови и резус - фактора.

. Общий анализ мочи.

5. RW.

. ИФА крови на СПИД.

. Анализ кала.

*Инструментальные методы исследования:*

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

2. Рентгенологическое исследование с барием.

3. УЗИ органов брюшной полости

4. Рентгенография грудной клетки

. Электрокардиограмма.

**VIII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

##### Таблица 3. - Результаты общего анализа крови

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата исследования | 20.09.06 | 21.09.06 | 25.09.06 | 19.10.06 | Норма: |
| Гемоглобин, г/л |  |  | 109 | 115 | 118 - 166 |
| Эритроциты |  |  | 3,8 | 3,8 | 3,5-5,0\*1012 л |
| Цветовой показатель |  |  | 0,86 | 0,91 | 0,8-1,1 |
| Лейкоциты |  | 5 | 8,9 | 9,2 | 4,0-9,0 \* 10 9 л |
| Палочкоядерные | 7 | 6 | 11 | 7 | 1-6 |
| Сегментоядерные | 19 | 27 | 60 | 58 | 47-72 |
| Эозинофилы |  |  | 5 | 3 | 0,5-5 |
| Базофилы |  |  |  |  | 0-1 |
| Лимфоциты | 16 | 25 | 21 | 28 | 18-40% |
| Моноциты | 3 | 3 | 3 | 4 | 2-9% |
| Скорость оседания эритроцитов, мм/ч | 21 | 25 |  |  | 1-16 |

Таблица 4. - Результаты биохимического анализа крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование и дата иссл-ния | 25.09.06 | 19.10.06 | Норма: |
| Общий белок | 55 | 64,2 | 65-85 г/л |
| Альбумины |  |  | 40-50 г/л |
| Мочевина | 11,2 | 7,6 | 2,5-8,3 |
| Креатинин | 143 |  | 44-132 |
| Билирубин | 12,2 | 14,8 | 8,5-20,5 |
| В-липопротеиды |  |  | - |
| Холестерин |  |  | 3,6-6,7 |
| Глюкоза | 4,8 | 6,6 | 3,5-5,5 |
| АСТ | 12 |  | До 25,2 |
| АЛТ | 10,7 |  | До 25,2 |
| Калий |  |  | 4-5 |
| Натрий |  |  | 130-140 |
| Амилаза | 21,6 | 25,7 | 16-30 |

**Результаты анализа кала от 3.10.2006 г.:**

Яйца гельминтов и цисты лямблий не обнаружены.

**Результаты определения группы крови и резус-фактора от 19.09.2006 г.:**

Методом моноклинальных антител (цоликлонов) установлена А (II) группа крови и Rh (+) положительный резус-фактор.

Таблица 5. - Результаты общего анализа мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата исследования | 19.09.06 | 20.09.06 | 21.09.06 |
| Физико-химические свойства: |  |  |  |
| Количество | 200 | 100 | 200 |
| Прозрачность | мутная | мутная | мутная |
| Реакция | кислая | кислая | кислая |
| Глюкоза | 3% | 3% |  |
| Желчные пигменты |  |  |  |
| Цвет | желтая | желтая | желтая |
| Плотность | 1035 | 1033 | 1015 |
| Белок |  | 0,024 |  |
| Микроскопическое исследование: |  |  |  |
| Эпителий плоский | 0-1 в п/з |  |  |
| Переходный | отсутствует | 1-2 в п/з | 0-1 в п/з |
| Почечный | отсутствует |  |  |
| Лейкоциты | 6-7 в п/з | 6-7 в п/з | 0-1 в п/з |
| Цилиндры | отсутствует | отсутствует | 1-2 в п/з |

**Результаты анализов крови на RW и ВИЧ от 19.09.2006 г.:**

Экспресс - метод - отрицательный, ВИЧ 1 в ИФА - отрицательный, HBsAg в ИФА - отрицательный.

**Результаты электрокардиограммы** **от 20.09.2006 г. :**

Ритм синусовый, правильный. Отклонение электрической оси сердца влево, угол альфа -250. ЧСС - 75 уд/мин.

Продолжительность зубца Р - 0,06 с, а амплитуда = 2 мм;

Длительность интервала PQ - 0,14 с;

Амплитуда зубца Q - 2 мм, а продолжительность = 0,01 с;

Амплитуда зубца R - 6 мм, а продолжительность = 0,03 с;

Амплитуда зубца S - 4 мм (в I,II), 20 мм (в V1), а продолжительность = 0,01 с;

Амплитуда зубца Т - 2 мм, а продолжительность = 0,16 с;

Длительность интервала QT - 0,38 с;

Длительность интервала RR - 0,86 с;

Длительность комплекса QRS - 0,08 с;

Длительность сегмента ST- 0,1 с.

Длительность интервала PQ - 0,12 с.

**Заключение:** неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение внутрижелудочковой проводимости.

**Результат дооперационного рентгенологического исследования с барием:**

**Заключение**: Диагностирована тонкокишечная непроходимость: отмечено задерживание контрастного вещества, что дает возможность выявить изменения в приводящем отделе кишки.

**Результаты дооперационного УЗИ брюшной полости:**

**Заключение**: На момент осмотра свободной жидкости, дополнительных жидкостных образований в брюшной полости не выявлено. В левой половине живота - дилятированная петля кишки - 35 мм. в диаметре.

**Результаты дооперационной обзорной рентгенографии брюшной полости:**

**Заключение**: При рентгенографии брюшной полости отмечается несколько мелких уровней и арок. Контроль за пассажем бария: барий в основном в желудке, следы бария в начальном отделе тощей кишки.

**Результаты послеоперационной рентгенографии грудной клетки:**

**Заключение**: Острой пневмонии и гидроторакса на момент обследования не выявлено. Отмечается свободный газ под куполом диафрагмы, как следствие оперативного вмешательства. Лёгочная ткань прозрачна. Умеренно выраженный пневмосклероз.

**IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

***Клинический диагноз****:* острая спаечная тонкокишечная непроходимость.

Клинический диагноз, поставлен исходя из субъективных признаков (сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания), а также на основании объективного исследования больного, с учётом результатов дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. В результате получены следующие результаты:

. На основании жалоб больного:

Жалобы на периодические схваткообразные боли, локализующиеся в эпигастральной области, иррадиирущие по всей поверхности живота, появляющиеся и временно (на несколько минут) стихающие. Боли по интенсивности сильные, невыносимые, мешающие сну. Усиливаются чаще в момент появления перистальтической волны, при движении, кашле.

Отмечаются жалобы на слабость, рвоту, недомогание, повышенную утомляемость, сухость во рту, задержку стула и газов.

2. На основании анамнеза заболевания:

#### Появление болей в эпигастральной области приступообразного (схваткообразного) характера, рвота и задержка стула и газов. Причина возникших болей - съеденные 4 крупных яблока, которые больной съел накануне вечером. Была поставлена клизма, после чего начали отходить газы и стул, боли на несколько минут стихли, а затем снова стали нарастать, мешая сну.

3. На основании анамнеза жизни:

В 2005 году перенёс операцию - грыжесечение из-за правосторонней пахово-мошоночной грыжи, которая явилась фактором риска острой спаечной кишечной непроходимости, возникшей в данное время.

4. На основании объективного осмотра:

*При осмотре* полости рта: дёсна и зубы без изменений, язык сухой, покрыт жёлтым налётом, нормальной формы. Миндалины не увеличены. Живот вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Рубцов и расширения подкожных вен на передней брюшной стенке не выявлено.

*При аускультации* выслушивается периодическая усиленная перистальтика кишечника (урчание, переливание, бульканье, шум падающей капли), которая в момент перистальтической волны способствует усилению схваткообразных болей.

*При перкуссии живота* над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Над растянутыми кишечными петлями определяется высокий тимпанит.

Толчкообразные движения руки над растянутыми кишечными петлями вызывают шум плеска, что свидетельствует о скоплении в приводящей петле жидкости и газа.

*При поверхностной пальпации* передней брюшной стенки опухолевидных выпячиваний и расхождение мышц по белой линии живота не выявлено. Брюшная стенка напряженная, болезненная. Симптом Щеткина - Блюмберга - отрицательный.

*При глубокой скользящей пальпации* по Образцову - Стражеско: сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, плотного, безболезненного легко смещаемого цилиндра, размером около 2,5-3 см, урчания при пальпации не отмечается. Слепая кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, размером 3-5 см; поверхность гладкая. Поперечная ободочная кишка мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, легко смещается, не урчит, размером около 5 см. Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра, размером 4 см, без урчания. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, гладкого, эластичного валика, болезненна. Привратник не пальпируется, отмечается умеренная болезненность. При пальпации поджелудочной железы увеличения, болезненности и уплотнения не выявлено.

Во время операции выявлено:

При ревизии в брюшной полости небольшое количество серозного выпота около 150 мл, в 90 см от связки Трейца тонкая кишка ангулирована и деформирована шнуровидной спайкой, странгуляционной борозды нет. Спайка рассечена, явления кишечной непроходимости тем самым ликвидированы. Выше препятствия тонкая кишка дилятирована до 5-5,5 см, сохранена вялая перистальтика, небольшой отек стенки кишки. В дистальном отделе кишка спавшаяся, наложенный ранее латеролатеральный анастомоз проходим.

**Х. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО**

**План лечения пациента:**

1. Экстренное оперативное лечение (вмешательство).

Назначается с целью постановки окончательного диагноза и устранения причины, которая привела к развитию данного состояния (заболевания).

2. В послеоперационном периоде терапия направлена на:

а) борьбу с болью: назначают наркотические анальгетики, ненаркотические анальгетики, седативные средства перидуральная анестезия;

б) восстановление функций сердечно-сосудистой системы и микроциркуляции;

в) предупреждение и лечение дыхательной недостаточности;

г) коррекция водно-электролитного баланса;

д) дезинтоксикационная терапия;

е) контроль функций выделительной системы.

3. После перевода в хирургическое отделение проводят консервативное лечение:

а) инфузионная терапия;

б) антибактериальная терапия;

в) антиагрегантная терапия;

г) симптоматическая терапия.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

**XI. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Госпитализирован пациент с клиникой острой кишечной непроходимости. В анамнезе больной оперирован по поводу правосторонней пахово-мошон. грыжи, 2005 г., в последующем оперирован по поводу некроза кишечника. Выполнена резекция тонкой кишки около 70 см. В анамнезе: инфаркт миокарда. Осмотрен терапевтом, лечение согласовано. При рентгенографии брюшной полости выявлено несколько мелких уровней и «арок» в тонком кишечнике. Контроль за пассажем бария: барий в основном в желудке, следы бария в начальном отделе тощей кишки. На фоне консервативной терапии без положительной динамики. В виду неэффективности консервативной терапии и сохраняющихся клинических проявлений острой кишечной непроходимости, пациенту показана экстренная операция. Планируется в условиях ЭТ наркоза лапаротомия, ликвидация непроходимости. Группа крови: A (II), Rh (+) положительный.

Согласие пациента на операцию получено.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

19.09.2006

начало: 13:00

конец: 14:00

Операция: лапаротомия, рассечение спаек, интубация кишечника

В условиях ЭТ наркоза после обработки операционного поля дважды йодоперенолом и дважды хлоргексидином произведена срединная лапаротомия, при ревизии в брюшной полости небольшое количество серозного выпота около 150 мл, в 90 см от связки Трейца тонкая кишка ангулирована и деформирована шнуровидной спайкой, странгуляционной борозды нет. Спайка рассечена, явления острой спаечной кишечной непроходимости тем самым ликвидированы. Выше препятствия тонкая кишка дилятирована до 5-5,5 см, сохранена вялая перистальтика, небольшой отек стенки кишки. В дистальном отделе кишка спавшаяся, наложенный ранее латеролатеральный анастомоз проходим. Произведена трансназальная интубация тонкой кишки. Брюшная полость осушена, контроль гемостаза - сухо. Рана послойно ушита, в брюшную полость введен полиглюкин с целью уменьшения спайкообразования. Рана ушита, наложена йод-асептическая наклейка.

**XII. ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ**

**17.10.2006** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Сон не нарушен. Температура 36.6 С, ЧСС 83 уд. в мин. Пульс 83 уд. в мин. ритмичный, одинаковый на обеих конечностях. АД 130/85 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются побочные рассеянные сухие хрипы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный, выслушивается перистальтика. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Стул оформленный, регулярный, газы отходят.

**Status localis:** Во время перевязки была осмотрена операционная рана. Сохраняются признаки асептического воспаления. Швы лежат ровно. Дренаж, установленный в брюшной полости, функционирует. Отделяемое серозное в небольшом количестве. Рана обработана дезинфектантами. Произведена смена повязки.

**18.10.2006** Общее состояние удовлетворительное, настроение пациента приподнятое, что связано с хорошим самочувствием и скорой выпиской из больницы. Сознание ясное. Положение активное. Сон не нарушен. АД 135/85 мм.рт.ст., ЧД 23 уд. в мин. ЧСС 78 уд. в мин. Пульс 78 уд. в мин. ритмичный, одинаковый на обеих конечностях. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика сохранена. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Стул оформленный, регулярный, газы отходят. **Status localis:** Во время перевязки была осмотрена операционная рана, отмечено что отрицательной динамики нет. Однако сохраняются признаки асептического воспаления. Швы лежат ровно. Дренаж, установленный в брюшной полости, функционирует. Отделяемое серозное в небольшом количестве. Рана обработана дезинфектантами. Произведена смена повязки.

**19.10.2006** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Сон не нарушен. АД 130/85 мм.рт.ст., ЧД 24 уд. в мин. ЧСС 80 уд. в мин, пульс 80 уд. в мин. ритмичный, хорошего напряжения и наполнения, одинаковый на обеих конечностях. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. В легких дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются побочные рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика сохранена. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Стул оформленный, регулярный, газы отходят.

**Status localis:** Во время перевязки была осмотрена операционная рана. Признаки асептического воспаления регрессируют. Швы лежат ровно, отёк раны отсутствует. Дренаж из брюшной полости удалён в связи с отсутствием отделяемого. Отделяемое раны серозного характера в небольшом количестве. Рана обработана дезинфектантами. Произведена смена повязки.

**20.10.2006** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Сон не нарушен. Температура 36.6 С, ЧСС 83 уд. в мин. Пульс 83 уд. в мин. ритмичный, одинаковый на обеих конечностях. АД 130/85 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются побочные рассеянные сухие хрипы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный, выслушивается перистальтика. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Стул оформленный, регулярный, газы отходят.

**Status localis:** Во время перевязки была осмотрена операционная рана. Признаки асептического воспаления отсутствуют. Швы сняты. Кожа обработана дезинфектантами. Произведена смена повязки. Даны рекомендации для наблюдения у хирурга поликлиники.

**XIII. ПРОГНОЗ**

Прогноз продолжительности жизни - хороший.

1. Пациент вовремя обратился за помощью

2. Вовремя был доставлен в стационар

. Было вскоре проведено оперативное лечение, в результате которого была устранена причина заболевания.

. Отсутствие послеоперационных осложнений

Прогноз полного выздоровления: - сомнительный.

Прогноз частичного выздоровления: - хороший.

Прогноз для работы: - не работает.

**XIV. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ**

Профилактика возникновения и рецидивов болезни включает соблюдение режима питания, ограничение растительной клетчатки, здоровый образ жизни, диспансерное наблюдение у врача - хирурга; полный отказ от курения и временный отказ от физической нагрузки.

**XV. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Пациент госпитализирован 19.09.2006 г. с клиникой острой кишечной непроходимости и оперирован: лапаротомия, рассечение спаек, интубация кишечника. (В 2005 году оперирован по поводу паховой грыжи и некроза тонкой кишки. Выполнялась резекция тонкой кишки, грыжесечение).

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия в условиях реанимации. После стабилизации состояния пациент переведен во 2 хирургическое отделение, где продолжена инфузионная, антибактериальная, антиагрегантная, симптоматическая терапия. Функция кишечника восстановилась. Интубационный зонд удален на 7-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Проведен курс физиотерапевтическое лечение. В удовлетворительном состоянии выписывается на амбулаторное лечение и наблюдение по месту жительства.

По результатам лабораторных и инструментальных методов исследования при выписке показатели приведены в норме (см. пункт №VIII).

Заключительный клинический диагноз при выписке: **Острая спаечная тонкокишечная непроходимость**

Сопутствующий диагноз: ИБС. Атеросклеротический постинфарктный кардиосклероз. Хронический бронхит.

Рекомендации пациенту:

1. Ограничение физической нагрузки в течение 2 месяцев

2. Соблюдение режима приема пищи (дробное питание)

. Ограничение растительной клетчатки

. Наблюдение хирурга

. Контроль АД

. Наблюдение кардиолога

# **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

### 1. А.Г. Елисеев. Большая медицинская энциклопедия: учебник. - М.: ЭКСМО, 2006. - 864 с.

### . Ю.Ю. Елисеев. Справочник семейного доктора: учебник. - М.: ЭКСМО, 2005. - 1040 с.

### . М.И. Кузин. Хирургические болезни: учебник. - М.: Медицина, 1986. - 704 с.

### . А.Н. Митрошин, П.В. Иванов, А.В. Нестеров. Академическая история болезни хирургического больного: учебно-методическое пособие. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2004. - 28 с.

### . А.Н. Митрошин, А.В. Нестеров, П.В. Иванов. Физикальные методы обследования хирургического больного: учебно-методическое пособие. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2004. - 162 с.

### . Оперативная хирургия. / Под общей редакцией проф. И. Литтманна. Будапешт. 1985. - 1175 с.

### . С.В. Петров. Общая хирургия: учебное пособие. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. - 768 с.