Содержание

I. Паспортная часть

II. Жалобы

III. История развития данного заболевания Anamnesis mоrbi)

IV. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

V. Данные объективного обследования Status praesens)

VI Местные признаки заболевания(Status Lokalis)

VII. Предварительный диагноз

VIII. Лабораторно-инструментальные

X. Лечение

XI. Дневники

XIII. Исход заболевания

Литература

## I. Паспортная часть

фамилия, имя, отчество больного:

Возраст:

Домашний адрес:

профессия: Место работы:

Семейное положение:

Дата поступления в клинику:

Клинический диагноз:

Операция:

Дата выписки:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

52года (1958 год рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

безработная

замужем

16.04.2010 г.

Болезнь оперированного желудка. Демпинг - синдром

Резекция желудка по Бильрот - 1

*в 2003 году*

27.04.2010

## II. Жалобы

При поступлении больная предъявляла жалобы на резкую слабость, потливость, головную боль через 15-20 минут после еды. Так же отмечает сердцебиение, выраженную мышечную слабость, появление неудержимого желания лечь. После еды появляются чувство полноты и боли в эпигастральной области, урчание, профузный понос.

При осмотре больная жалуется на боль в эпигастральной области, общую слабость, головокружение, потливость, урчание в животе, разбитость, раздражительность, апатию.

## III. История развития данного заболевания Anamnesis mоrbi)

Считает себя больной с 1998 года, когда появились периодические боли в эпигастральной области режущего характера после употребления жареной, копченой, острой пищи или всухомятку. Больная обратилась в поликлинику, после обследования ей поставили диагноз - хронический гастрит. Лекарственные средства не принимала, диету не соблюдала. Со временем боли в эпигастральной области стали беспокоить чаще, они возникали через 2-3 часа после еды. Появилась изжога, тошнота, отрыжка, запоры. Больная снова обратилась в поликлинику, где при рентгенологическом исследовании желудка обнаружили язву дна желудка. Ее госпитализировали в МРКБ на лечение. После медикаментозного лечения состояние больной нормализовалось. В 2003 году больная почувствовала себя хуже в результате не соблюдения режима питания и тяжелой работы. Появились нестерпимые, "кинжальные" боли в эпигастрии, больная была госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в отделение гнойной хирургии МРКБ с диагнозом - прободение язвы дна желудка. Была проведена резекция 2/3 желудка по Бильрот 1, 25.03.2003 года. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана из клиники на 10 день после операции. После операции ухудшился аппетит, появилась тошнота, через 10-15 минут после приема пищи появлялась слабость, головокружение, нестерпимое желание лечь. Часто после еды появляются боли в эпигастрии и урчание в животе. С этого времени больная на учете в МРКБ.15.04.2010 года вечером появись боли в эпигастральной области режущего характера, резкая слабость, потливость, головная боль через 15-20 минут после еды, урчание, профузный понос. Утром 16.04.2010 года больная обратилась в МРКБ и была госпитализирована на лечение.

## IV. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

ФИО родилась в 1958 году в с. Малое Маресьево в полной семье, вторым по счёту ребёнком. Вскармливание было грудное. Росла и развивалась наравне со сверстниками. В 7 лет пошла в школу. Окончила 10 классов. Училась удовлетворительно. После окончания школы начала работать на заводе "Лисма", рабочей.

Усвия труда: рабочий день 10 часов, тяжёлая физическая нагрузка. Питание было не регулярное, часто в сухомятку, недостаток в пище овощей, мяса, молочных продуктов отрицает.

Перенесённые заболевания: грипп, корь, скарлатина,

воспаление лёгких.

Операции: в 2003 году резекция желудка по Бильрот 1.

Семейное положение: замужем, имеет двоих детей.

Первая менструация наступила в 13 лет, дальнейшие менструации были регулярные, безболезненные, умеренные, продолжительностью 5 дней, С 49 лет наступил климактерический период, прекращение сопровождалось приливами жара к лицу, потливостью, головными болями. Беременностей 7: родов 2; выкидыш 1; абортов 4.

Эпидемиологический анамнез: туберкулёз, сифилис, злокачественные опухоли, психические заболевания - отрицает. Контакта с лихорадящими больными и ВИЧ-инфицированными не имела, в жаркие страны не выезжала.

Трансфузионный анамнез: гемотрансфузий не производили.

Аллергологический анамнез: отмечает аллергическую реакцию (крапивница) на симтомицин. На запахи, пищевые продукты, химические вещества. Аллергические реакции отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкогольные напитки не употребляет, наркоманию отрицает. Кофе и чаем не злоупотребляет.

Питание: регулярное (6 - 7 раз в день), достаточное.

Количество употребляемой в течение дня жидкости равно 1 - 1,5л.

Физической культурой не занимается, соблюдает диету (стол 1), на воздухе бывает часто.

## V. Данные объективного обследования Status praesens)

Общий осмотр.

Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, положение в постели активное, настроение спокойное. Общий вид соответствует возрасту. Конституционный тип - нормостеник.

Рост - 167 см; масса - 63кг; окружность груди - 90 см.

Кожные покровы, и видимые слизистые бледны, на ощупь обычные. Тургор удовлетворительный. Влажность кожных покровов обычная. Сыпи, трофических изменений, кровоизлияний, сосудистых изменений не обнаружено.

*В правой подвздошной области имеется линейный послеоперационный рубец, размерами 8 на 0,5 см, поверхностный, розового цвета, эластической консистенции, безболезненный*

Подкожно жировая клетчатка развито слабо.

Отёки отсутствуют.

Лимфатические узлы (затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны, кожа над ними не изменена.

Голова правильной формы, среднего размера. Лицо округлое, симметричное. Мимика сохранена, выражение лица спокойное.

Ширина глазной щели - умеренная. Экзофтальм или энофтальм не отмечены. Веки не отёчны, склеры обычные. Реакция зрачка на свет сохранена, содружественная.

Нос, ушные раковины без особенностей, сформированы правильно.

Шея правильной формы, средней длины. Щитовидная железа обычной формы. Ногти не изменены, блестящие, без исчерченности.

Волосы средней густоты; очагов алопеции нет. Выраженность оволосение среднее, соответствует женскому типу.

Конечности симметричны и пропорциональны по отношению к другим частям тела. Варикозное расширение вен не отмечено.

Позвоночник не искривлён. Болезненности при движении нет.

Суставы нормальной конфигурации, болезненность, хруст при движениях не определяются.

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках тела, тонус сниженный, болезненности при пальпации нет.

Дыхательная система.

Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки нормальная, нормостенического типа. деформаций грудной клетки нет. Обе половины грудной клетки симметричны. Искривления грудной части позвоночника не выявлено. Межрёберные промежутки не выражены. Ключицы и лопатки находятся на одинаковом уровне, надключичные ямки одинаково развиты, В акте дыхания одинаково участвуют обе половины грудной клетки. Тип дыхания грудной, частота дыхания 18 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Носовое дыхание не затруднено. Одышки и удушья нет. Наличия сосудистых эктазий, цианоза не выявлено.

Пальпация.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластичность сохранена. Голосовое дрожание выражено умеренно и симметрично справа и слева грудной клетки. Рёбра ровные, безболезненные, ощущения трения плевры нет.

Перкуссия.

При сравнительной перкуссии над симметричными областями грудной клетки по всем легочным полям выявляется ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия. Высота стояния обоих верхушек лёгких спереди на З см выше ключицы, сзади на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева 5см.

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | Vмежреберъе | - |
| Среднеключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VlI ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | Vlllpebpo | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | I X ребро | I X ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток X1грудного позвонка | Остистый отросток X1грудного позвонка |

*Подвижность нижнего края легких по среднеключичной линии равна 4 см с обеих сторон.*

*Аускультация.*

Аускулътативно дыхание везикулярное. Хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры неопределяются. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова*.*

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр.

Область сердца визуально не изменена. Патологической пульсации в области сердца, надчревная пульсация - не выявлено. Симптом 'кошачьего мурлыкания", сердечный "горб", в области сердца не определяются. "Воротник Стокса" отсутствует. Верхушечный толчок визуально не *определяется.*

Пальпация.

Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Верхушечный толчок высокий, резистентный, умеренной силы. Дрожание в области сердца не определяется. Видимой пульсации сонных артерий, в ярёмной ямке, на конечностях, в области 2 межреберья по краям грудины не определяется. Симптом Мюссе не наблюдается. Палъпаторно область сердца безболезненна.

Пульс на лучевых артериях симметричный, правильного ритма, твёрдый, напряжённый, дефицита пульса нет, сосудистая стенка упругая, эластичная. Частота пульса соответствует ЧСС = 74 уд. /мин.

Перкуссия.

Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) ПраваяВ IV межреберъе на 1см. кнаружи от правого края грудины;

ЛеваяВ V межреберье на 1см. кнаружи от левой срединноключичной линии;

верхняя в III межреберъе по левой парастерналъной лини.

Границы абсолютной тупости сердца (по данным перкуссии) Праваялевый край грудины;

Левая в V межреберье на 1 см. кнаружи от левой срединноключичной линии;

Верхняя IV ребро по левой парастерналъной линии.

Поперечник сосудистого пучка - 5,5см.

Аускультация сердца.

*Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС-74 уд. в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.*

Аускультация сосудов.

*На сонной и подключичной артериях выслушиваются 1 и 2 тоны. На бедренной артерии выслушиваются один систолический тон. Двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова Дюрозье не выслушиваются. Шум "волчка" на ярёмной вене не выслушиваются.*

Мочевыделительная система.

Поясничная область не изменена. Сглаженности её контуров и припухлости нет. Флюктуация не обнаруживается. Почки не пальпируются, мочевой пузырь при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. 'Мочеиспускание свободное, безболезненное.

*Эндокринная система.*

Визуально область шеи не изменена. Щитовидная железа: боковые доли не определяются, перешеек, прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика, плотноэластического, однородной консистенции. Ширина перешейка не превышает ширину среднего пальца руки. Железа мягко-эластической консистенции, не спаяна с окружающими тканями, легко смещаема при глотании.

Вторичные половые признаки развиты по женскому типу и соответствуют возрасту. Тремор рук отсутствует.

*Нервная система.*

Сознание ясное, настроение спокойное, поведение адекватное, ориентирована в пространстве и времени. Легко вступает в контакт. Интеллект сохранён. Тип нервной системы - преимущественно холерик Менингиальных симптомов нет. В позе Ромберга устойчива, рефлексы сохранены. Реакция зрачков на свет содружественная. Парезы, параличи не выявлены. Бред, галлюцинации - отсутствуют. Состояние слуха и зрения в пределах возрастных норм.

## VI Местные признаки заболевания(Status Lokalis)

Система органов пищеварения.

**Осмотр полости рта**

***Слизистые оболочки бледно - розового цвета, изъязвлений, геморрагии, высыпаний нет. Миндалины не увеличены, чистые,*** *язык* ***розовый, влажный, равномерно обложенный белым налетом. Специфический запах изо рта отсутствует. Состояние зубов удовлетворительное. Дёсны бледно - розового цвета, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое небо без изъязвлений и налетов.***

Осмотрживота

*Конфигурация живота обычная. Видимая перистальтика и грыжевые выпячивания отсутствуют. Обе половины живота симметричны. Симптом “головы медузы” отсутствует. Пульсация печени отсутствует. Области правого и левого подреберий симметричны. В правой подвздошной области имеется линейный послеоперационный рубец, размерами 8 на 0,5 см, поверхностный, розового цвета, эластической консистенции, безболезненный.*

Перкуссия

*Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Нижняя граница желудка перкуторно не определяется.*

*Печень (по Курлову). Размер печени по правой срединно-ключичной линии - 8 см., по передней срединной линии - 7 см., по левой реберной дуге - 7 см.*

*Селезенка. Продольный размер - 5 см., поперечный - 7 см.*

Аускультация.

*Кишечная перистальтика выслушивается умеренно. Шум трения брюшины отсутствует.*

Пальпация живота.

*Ориентировочная поверхностная пальпация*

*При пальпации в эпигастральной области выявляется болезненность, брюшная стенка не напряжена.*

*Раздражение брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) отсутствует.*

*Узлы, грыжи, опухоли при пальпации не обнаружены.*

*Глубокая методическая скользящая пальпация.*

*Сигмовидной кишки: безболезненный, урчащий цилиндр, с гладкой поверхностью. Подвижность 3-4 см.*

*Слепой кишки: безболезненность, умеренно упругая, слабо подвижная, поверхность гладкая.*

*Восходящей и нисходящей частей ободочной кишки: безболезненна, умеренно упругая, гладкая, менее подвижная.*

*Поперечно-ободочной кишки: цилиндр умеренной плотности, безболезненна, урчащая, легко смещаема.*

*Желудок при пальпации не определяется.*

*Печени: край слегка закруглен, ровный, мягкий, безболезненный и находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.*

*Нижний край селезенки: не пальпируется.*

## VII. Предварительный диагноз

Болезнь оперированного желудка. Демпинг-синдром.

## VIII. Лабораторно - инструментальные

*Исследования*

*I. Лабораторные методы.*

*1. Общий анализ крови.*

*2. Серологические реакции (RW, антитела к ВИЧ)*

*Анализ крови*

*4. \_Анализ крови на сахар.*

*5. Общий анализ мочи.*

*Анализ кала на яйца глист.*

*Осмотр гинеколога*

*Осмотр окулиста*

**II. Инструментальные методы.**

9. Флюорография органов грудной клетки.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

ФГС

УЗИ органов брюшной полости.

ЭКГ

14. Дуоденальное зондирование.

Результаты лабораторные и инструментальные метод о в исследования:

**Общий анализ крови от 17.04.2010года**

*СОЭ - 18 мм / час*

*Лейкоциты - 6,4 ⋅ 109/л*

*Эритроциты - 4,0 ⋅ 1012/л*

*Гемоглобин - 70 г / л*

*Лимфоциты - 2,38⋅ 109/л*

*Моноциты - 0,44 ⋅ 109/л*

*Нейтрофилы - 3,4 ⋅ 109/л*

*Эозинофилы - 0,15 ⋅ 109/л*

*Базофилы - 0,07 ⋅ 109/л*

*Заключение: гипохромная анемия*

**Общий анализ крови от 25.04.2010года**

*СОЭ - 18 мм / час*

*Лейкоциты - 6,4 ⋅ 109/л*

*Эритроциты - 4,0 ⋅ 1012/л*

*Гемоглобин - 120 г / л*

*Лимфоциты - 2,38⋅ 109/л*

*Моноциты - 0,44 ⋅ 109/л*

*Нейтрофилы - 3,4 ⋅ 109/л*

*Эозинофилы - 0,15 ⋅ 109/л*

*Базофилы - 0,07 ⋅ 109/л*

*Заключение: в норме*

**Биохимический анализ крови: 17.04.2010**

Общ. *белок: 70 г / л;*

*альбумин: 40,7 г / л;*

*глобулины: 21,6 г / л;*

*холестерин общий: 6,09 ммоль / л;*

*билирубин общий: 8,9 мкмоль / л;*

*АЛТ - 10 нмоль/ (сл)*

*АСТ - 16 нмоль/ (сл)*

*амилаза - 60 мкг/ (сл)*

*щелочная фосфатаза - 90 нмоль/ (сл)*

*глюкоза - 3,4 ммоль/л*

*тимоловая проба - 3,2ед.*

*Заключение: в норме*

***Общий анализ мочи: 17.04.2010 год***

*цвет: светло жёлтый;*

*прозрачность: прозрачная;*

*белок: “ - “;*

*реакция: кислая;*

*сахар: “ - “;*

*удельный вес: 1050*

*Эпителий: отсутствует;*

*слизь: “ - “; ураты: “ - “; оксалаты: “ -*

*Заключение: общий анализ мочи в норме*

***Общий анализ мочи: 25.04.2010 год***

*цвет: светло жёлтый;*

*прозрачность: прозрачная;*

*белок: “ - “;*

*реакция: кислая;*

*сахар: “ - “;*

*удельный вес: 1040*

*Эпителий: отсутствует;*

*слизь: “ - “; ураты: “ - “; оксалаты: “ -*

*Заключение: общий анализ мочи в норме.*

***R - скопия желудка от 17.04.2010г****.*

*Пищевод свободно проходим, слизистая без изменений. Желудок резецирован на 2/3, культя его небольших размеров, содержит секреторную жидкость в небольшом объёме. Выявляются ускорение контрастной массы через анастомоз, непрерывно-ускоренный тип эвакуации, быстрый пассаж по тощей кишке.*

*Заключение:*

*Резецированный по Бильрот 1 желудок. Демпинг-синдром.*

***УЗИ от 17.04.2010г.***

*Диффузное уплотнение парехими печени и поджелудочной железы.*

***Гастродуоденальное зондирование******от 18.04.2010г****.*

*Желудочное содержимое натощак:*

*Количество-2 мл.*

*Общая кислотность-13 т.е.*

*Свободная соляная кислота-5*

*Пепсин-0 мг%*

*Базальная секреция:*

*Общее количество содержимого, собранного в 4 порциях в течение 60 минут после откачивания порции "натощак"-10 мл.*

*Общая кислотность-15 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-5 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-0,5 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-0 мэкв*

*Дебит час пепсина - 3 мг*

*Стимулированная секреция (стимуляция гистомином) - 50мл:*

*Общая кислотность-30 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-25 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-2 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-2 мэкв*

*Дебит час пепсина - 15 мг*

*Заключение:*

*Гипохлоргидрия*

***ФГС от 20.04.2010г.***

*Слизистая культи желудка без изменений, анастомоз свободно проходим.*

***Клинический диагноз и его обоснование***

К*линический диагноз: болезнь оперированного желудка. Демпинг-синдром.*

*Поставлен на основании:*

***Жалоб больного:***

жалобы на резкую слабость, потливость, головную боль через 15-20 минут после еды. Так же отмечает сердцебиение, и выраженную мышечную слабость, появление неудержимого желания лечь. После еды появляются боли и чувство полноты в эпигастральной области, урчание, профузный понос.

*Анамнеза заболевания:*

Считает себя больной с 1998 года, когда появились периодические боли в эпигастральной области режущего характера после употребления жареной, копченой, острой пищи или всухомятку. Больная обратилась в поликлинику, после обследования ей поставили диагноз - хронический гастрит. Лекарственные средства не принимала, диету не соблюдала. Со временем боли в эпигастральной области стали беспокоить чаще, они возникали через 2-3 часа после еды. Появилась изжога, тошнота, отрыжка, запоры. Больная снова обратилась в поликлинику, где при рентгенологическом исследовании желудка обнаружили язву дна желудка. Ее госпитализировали в МРКБ на лечение. После медикаментозного лечения состояние больной нормализовалось. В 2003 году больная почувствовала себя хуже в результате не соблюдения режима питания и тяжелой работы. Появились нестерпимые, "кинжальные" боли в эпигастрии, больная была госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в отделение гнойной хирургии МРКБ с диагнозом - прободение язвы дна желудка. Была проведена резекция 2/3 желудка по Бильрот 1, 25.03.2003года. Операцию перенесла хорошо. После операции ухудшился аппетит, появилась тошнота, через 10-15 минут после приема пищи появлялась слабость, головокружение, нестерпимое желание лечь. Часто после еды появляются боли в эпигастрии и урчание в животе. С этого времени больная на учете в МРКБ.

15.04.2010 года вечером появись боли в эпигастральной области режущего характера, резкая слабость, потливость, головная боль через 15-20 минут после еды, урчание, *профузный* понос. Утром 16.04.2010 года больная обратилась в МРКБ и была госпитализирована на лечение.

*Данных объективного обследования:*

*При пальпации в эпигастральной области выявляется болезненность, брюшная стенка не напряжена.*

*Раздражение брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) отсутствует.*

*Пальпаторно и перкуторно желудок не определяется.*

Результатов дополнительных методов исследования: *В общем анализе крови от 17.04.2010 года выявлена гипохромная анемия.*

***R - скопия желудка от 17.04.2010г.***

*Пищевод свободно проходим, слизистая без изменений. Желудок резецирован на 2/3, культя его небольших размеров, содержит секреторную жидкость в небольшом объёме. Выявляются ускорение контрастной массы через анастомоз, непрерывно-ускоренный тип эвакуации, быстрый пассаж по тощей кишке.*

*Заключение:*

*Резецированный по Бильрот 1 желудок. Демпинг-синдром.*

***УЗИ от 17.04.2010г.***

*Диффузное уплотнение парехими печени и поджелудочной железы.*

***Гастродуоденальное зондирование от 18.04.2010г.***

*Желудочное содержимое натощак:*

*Количество-2 мл.*

*Общая кислотность-13 т.е.*

*Свободная соляная кислота-5*

*Пепсин-0 мг%*

*Базальная секреция:*

*Общее количество содержимого, собранного в 4 порциях в течение 60 минут после откачивания порции "натощак"-10 мл.*

*Общая кислотность-15 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-5 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-0,5 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-0 мэкв*

*Дебит час пепсина - 3 мг*

*Стимулированная секреция (стимуляция гистомином) - 50мл:*

*Общая кислотность-30 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-25 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-2 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-2 мэкв*

*Дебит час пепсина - 15 мг*

*Заключение:*

*Гипохлоргидрия*

## X. Лечение

1. Режим стационарный.

2. Диета - стол №1. диета с высоким содержанием белков, витаминов, минеральных веществ, ограничением углеводов, особенно простых. Раздельный приём плотной и жидкой пищи небольшими порциями, 5 - 6 раз в день. Для уменьшения проявлений демпинговой реакции необходимо принимать после еды горизонтальное положение или есть лежа на левом боку в определенные часы. Прием пищи начинать с твердых блюд, а жидкость выпивают спустя 1 - 1,5 часа после еды.

3. Медикаментозная терапия:

#

Rp.: Tab. Anaesthesini 0,3

D. t. d. №10

S. внутрь по 1 таблетке перед едой.

#

Rp.: Tab. Atropini 0,0005

D. t. d. №10

S. внутрь за 30 минут до еды

#

Rp.: Acidi hydrochlorici diluti

D. S.10-15 капель до еды

#

Rp.: Dragee "Festal" №20

S. внутрь по 1 таблетке во время еды

#

Rp.: Dragee "Ferroplex" №20

S. внутрь по 5 драже 3 раза в день

#

Rp.: Sol. Acidi ascorbini 5% - 5 ml.

D. t. d. №10 in amp.

S. вводить внутривенно на физ. растворе

#

Rp.: Sol. Reopolygcini 10% - 500 ml.

D. t. d. №5

S. внутривенно, капельно по 400 мл. в сутки

#

Rp.: Emulsi Intralipidi 20% - 100 ml.

D. t. d. №5

S. внутривенно, капельно по100 мл. в сутки

#

Rp.: Sol. Polyamini 400ml

D. t. d №5

S. внутривенно, капельно по 400 мл. в сутки

#

## XI. Дневники

*17.04.2010г.*

Больная предъявляет жалобы на резкую слабость, потливость, головную боль через 15-20 минут после еды. Так же отмечает сердцебиение, и выраженную мышечную слабость, появление неудержимого желания лечь. После еды появляются боли в эпигастральной области режущего характера, урчание.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розового цвета. Сознание ясное. Настроение спокойное. Положение активное, температура тела 36,6 0С.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД=16/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильныйс ЧСС=90уд/мин. АД=130/90 мм. рт. ст. артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритм правильный, умеренного наполнения и напряжения. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания.

*20.04.2010г.*

Больная предъявляет жалобы на слабость, потливость, После еды появляются незначительной боли в эпигастральной области, урчание.

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розового цвета. Сознание ясное. Настроение спокойное. Положение активное, температура тела 36,3 0С.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД=18/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС=85уд/мин. АД=135/90 мм. рт. ст. артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритм правильный, умеренного наполнения и напряжения. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания.

*20.04.2010г.*

Больная предъявляет жалобы на слабость, потливость, урчании в животе. .

Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розового цвета. Сознание ясное. Настроение спокойное. Положение активное, температура тела 36,6 0С.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД=18/мин.

Тоны сердца приглушены, ритм правильныйс ЧСС=85уд/мин. АД=135/90 мм. рт. ст. артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритм правильный, умеренного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.

*XII. Прогноз заболевания*

Для жизни - сомнительный.

Для выздоровления - сомнительный.

Для трудоспособности - неблагоприятный.

## XIII. Исход заболевания

Постепенное улучшение общего состояния организма больной.

*Эпикриз*

Больная ФИО, 52 года, находится на стационарном лечении с 16.04.2010 года в 1 хирургическом отделении МРКБ с клиническим диагнозом: болезнь оперированного желудка. Демпинг-синдром.

При поступлении больная предъявляла жалобы на резкую слабость, потливость, головную боль через 15-20 минут после еды. Так же отмечает сердцебиение, и выраженную мышечную слабость, появление неудержимого желания лечь. После еды появляются боли в эпигастральной области режущего характера, урчание, профузный понос.

*При объективном обследовании: при пальпации в эпигастральной области выявляется болезненность, брюшная стенка не напряжена.*

*Раздражение брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) отсутствует.*

*Пальпаторно и перкуторно желудок не определяется.*

*Данные дополнительных методов исследования:*

**Общий анализ крови от 17.04.2010года**

*СОЭ - 18 мм / час*

*Лейкоциты - 6,4 ⋅ 109/л*

*Эритроциты - 4,0 ⋅ 1012/л*

*Гемоглобин - 70 г / л*

*Лимфоциты - 2,38⋅ 109/л*

*Моноциты - 0,44 ⋅ 109/л*

*Нейтрофилы - 3,4 ⋅ 109/л*

*Эозинофилы - 0,15 ⋅ 109/л*

*Базофилы - 0,07 ⋅ 109/л*

*Заключение: гипохромная анемия*

**Общий анализ крови от 25.04.2010года**

*СОЭ - 18 мм / час*

*Лейкоциты - 6,4 ⋅ 109/л*

*Эритроциты - 4,0 ⋅ 1012/л*

*Гемоглобин - 120 г / л*

*Лимфоциты - 2,38⋅ 109/л*

*Моноциты - 0,44 ⋅ 109/л*

*Нейтрофилы - 3,4 ⋅ 109/л*

*Эозинофилы - 0,15 ⋅ 109/л*

*Базофилы - 0,07 ⋅ 109/л*

*Заключение: в норме*

**Биохимический анализ крови: 17.04.2010**

Общ. *белок: 70 г / л;*

*альбумин: 40,7 г / л;*

*глобулины: 21,6 г / л;*

*холестерин общий: 6,09 ммоль / л;*

*билирубин общий: 8,9 мкмоль / л;*

*АЛТ - 10 нмоль/ (сл)*

*АСТ - 16 нмоль/ (сл)*

*амилаза - 60 мкг/ (сл)*

*щелочная фосфатаза - 90 нмоль/ (сл)*

*глюкоза - 3,4 ммоль/л*

*тимоловая проба - 3,2*

*Заключение: биохимический анализ в норме.*

***Общий анализ мочи: 17.04.2010 год***

*цвет: светло жёлтый;*

*прозрачность: прозрачная;*

*белок: “ - “;*

*реакция: кислая;*

*сахар: “ - “;*

*удельный вес: 1050*

*Эпителий: отсутствует;*

*слизь: “ - “; ураты: “ - “; оксалаты: “ -*

*Заключение: общий анализ мочи в норме.*

***R - скопия желудка от 17.04.2010г.***

*Пищевод свободно проходим, слизистая без изменений. Желудок резецирован на 2/3, культя его небольших размеров, содержит секреторную жидкость в небольшом объёме. Выявляются ускорение контрастной массы через анастомоз, непрерывно-ускоренный тип эвакуации, быстрый пассаж по тощей кишке.*

*Заключение:*

*Резецированный по Бильрот 1 желудок. Демпинг-синдром.*

***УЗИ от 17.04.2010г.***

*Диффузное уплотнение парехими печени и поджелудочной железы.*

***Гастродуоденальное зондирование от 18.04.2010г.***

*Желудочное содержимое натощак:*

*Количество-2 мл.*

*Общая кислотность-13 т.е.*

*Свободная соляная кислота-5*

*Пепсин-0 мг%*

*Базальная секреция:*

*Общее количество содержимого, собранного в 4 порциях в течение 60 минут после откачивания порции "натощак"-10 мл.*

*Общая кислотность-15 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-5 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-0,5 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-0 мэкв*

*Дебит час пепсина - 3 мг*

*Стимулированная секреция (стимуляция гистомином) - 50мл:*

*Общая кислотность-30 ммоль/л*

*Свободная соляная кислота-25 ммоль/л*

*Дебит - час соляной кислоты-2 ммоль/л*

*Дебит-час свободной соляной кислоты-2 мэкв*

*Дебит час пепсина - 15 мг*

*Заключение:*

*Гипохлоргидрия*

***ФГС от 20.04.2010г.***

*Слизистая культи желудка без изменений, анастомоз свободно проходим.*

*Лечение: режим стационарный, стол №1. медикаментозная терапия:*

*#*

*Rp.: Tab. Anaesthesini 0,3*

*D. t. d. №10*

*S. внутрь по 1 таблетке перед едой.*

*#*

*Rp.: Tab. Atropini 0,0005*

*D. t. d. №10*

*S. внутрь за 30 минут до еды*

*#*

*Rp.: Acidi hydrochlorici diluti*

*D. S.10-15 капель до еды*

*#*

*Rp.: Dragee "Festal" №20*

*S. внутрь по 1 таблетке во время еды*

*#*

*Rp.: Dragee "Ferroplex" №20*

*S. внутрь по 5 драже 3 раза в день*

*#*

*Rp.: Sol. Acidi ascorbini 5% - 5 ml.*

*D. t. d. №10 in amp.*

*S. вводить внутривенно на физ. растворе*

*#*

*Rp.: Sol. Reopolygcini 10% - 500 ml.*

*D. t. d. №5*

*S. внутривенно, капельно по 400 мл. в сутки*

*#*

*Rp.: Emulsi Intralipidi 20% - 100 ml.*

*D. t. d. №5*

*S. внутривенно, капельно по100 мл. в сутки*

*#*

*Rp.: Sol. Polyamini 400ml*

*D. t. d №5*

*S. внутривенно, капельно по 400 мл. в сутки*

*#*

*На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось: прекратились боли в эпигастрии, слабость, потливость.*

XV. *Рекомендации при выписке*

Соблюдать рациональный режим дня и питания (дробное питание 5 - 6 раз в день, минеральные воды).

Воздерживаться от приёма жирной и острой пищи, пряностей, а также алкоголя.

Воздерживаться от чрезмерных физических нагрузок, стрессов, нервно - психического перенапряжения. Вести подвижный образ жизни, чаще бывать на свежем воздухе.

## Литература

1. Беляев А.Н., Козлов С.А. "Схема написания истории болезни с методами обследования хирургического больного"; Саранск - 44с.

2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. "пропедевтика внутренних болезней" 4-е изд. - М.: Медицина, 1995 год

3. Давыдкин В.И., Пиксин И.Н. "Хирургия язвенной болезни", Саранск 2003;

4. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. "Внутренние болезни" 4-е изд. - М.: Медицина - 1999 г.

5. Машковский М.Д. "Лекарственные средства" Т1. 14-е изд. - М.: "Издательство Новая Волна" - 2001г.

6. Машковский М.Д. "Лекарственные средства" Т2. 14-е изд. - М.: "Издательство Новая Волна" - 2001г.