1. ***Паспортная часть:***

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 56 лет

Домашний адрес:

Дата поступления в клинику: 09.04.01

1. ***Жалобы:***

На момент курации активных жалоб не предъявлял.

На момент поступления жалобы на: затрудненное прохождение жидкой и твердой пищи, отрыжку съеденной пищей, чувство кома в горле. Снижение веса. Сухой кашель по утрам.

1. ***Anamnesis morbi:***

Считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые заметил поперхивание в горле. В последующем, а именно 2 года назад стал замечать затрудненное прохождение пищи. Сначала твердой, а затем и жидкой. В последующем данные симптомы стали нарастать, присоединилась отрыжка съеденной пищей, чувство кома в горле. Болей при глотании не отмечал. Также в последнее время заметил присутствие мешкообразного выпячивания на шеи после еды. При надавливании на это выпячивание отмечал выделение съеденной пищи. За время болезни отмечает похудение на 30 кг. В течение этого периода времени за медицинской помощью не обращался. В первые за мед помощью обратился в феврале текущего года. При обращении был направлен на консультативный прием в ОКП, откуда был госпитализирован в хирургическое отделение ОКБ с диагнозом: дивертикул пищевода. В хирургическом отделение 16.04 была выполнена шейная медиастенотомия. Дивертикулэктомия. После операции отмечает резкое улучшение состояния.

1. ***Anamnesis vitae:***

Работал трактористом. Условия прежней работы были связаны с частыми переохлаждениями и повышенной влажностью. Болеет ОРЗ 1-2 раза в год. В 1982 году перенес операцию по аппендицита, осложнений не было. Из травмы отмечает переломы ребер в 1994 году. В остальном считает себя здоровым человеком. Наследственных заболеваний не отмечает. Гемотрансфузий не было. Злоупотребление спиртными напитками отрицает. Курит по пачке крпких сигарет в день. Аллергологический анамнез не отягощен.

1. ***Status praesens:***

Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное, питание нормальное. Конституция: нормостеническая. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Пигментаций не обнаружено, тургор снижен. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, носогубного треугольника физиологической окраски. Выраженность подкожной клетчатки умеренная. Лимфатические узлы не увеличены. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет.

Система органов дыхания: форма грудной клетки обычной формы, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки нерасширенны, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 16 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки не снижена. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается легочный звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3,5 сантиметра над ключицей, левого 3,5 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кренинга 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 5 м/р | - |
| L. axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| L. scapularis | 11 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 2см | 1см | 3см | - | - | - |
| L. axilaris media | 2см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: При пальпации верхушечный толчок определяется слева в 5 – ом межреберье на 1 см кнаружи от серединоключичной линии, сила верхушечного толчка повышена, S=1,5см, локализованый. ЧСС = 66 в 1 мин, ритм правильный.

Границы относительной тупости: правая – 4 межреберье по краю грудины справа. Левая – соответствует верхушечному толчку, верхняя граница – 3 межреберье по парастернальной линии.

##### Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, на 9,5 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

АД на правой руке – 120/80 мм.рт.ст АД на левой руке – 120/80 мм.рт.ст

Органы пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, обложенности нет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, тестообразной консистенции. При глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая. Слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна. Восходящая и нисходящая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненны, подвижны, мало перистальтирующие, поверхности ровные. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень по краю реберной дуги, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 9Х8Х7. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

Мочевыделительная система: Кожные покровы поясничной области не изменены, отёчности нет. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация мочеточковых точек безболезненна. Мочеиспускание безболезненно.

Нервно - эндокринная система: Настроение больного хорошее, сон не нарушен, зрачковые рефлексы прямые, содружественные; в позе Ромберга устойчив, красный дермографизм, проходящий через 2–3 минуты, слух сохранён, зрение нормальное. Щитовидная железа не увеличена.

#### STAUS LOCALIS:

В области операционной раны повязка сухая, отмечается легкая болезненность по ходу операционного рубца, края раны чистые, признаков воспаления нет.

1. ***Предварительный диагноз:***
	* **Основной:** дивертикул верхней трети пищевода.
	* **Сопуствующий:** хронический обструктивный бронхит, вне обострения.
2. ***План обследования:***
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Кал на Я/Г
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ
* Кровь на Hbs Ag
* Кровь на биохимию
* АСТ, АЛТ
* Общий белок эти исследования нужны, чтобы оценить общее состояние
* Биллирубин больного, в частности в результате вынужденного голодания
* Креатинин выявить нарушения процессов метаболизма и оценить
* Амилаза поражение основных органов и систем (сердечно-сосудистой,
* Сахар печени)
* Ионограмма: K, Na, Cl.
* ЭКГ
* ЭхоКГ
* ЭФГДС для уточнения диагноза, мы можем увидеть
* Рентгенография пищевода в 2х проекциях дивертикул пищевода.
* Рентгенография органов грудной клетки.
* Осмотр терапевта.
1. ***Результаты дополнительного исследования больного:***

ОАК от 10.04.01 Эр 4.7\*1012 /л, Нв 150 г/л, ЦП 0.9, L 9.4\*109, Э 1; П 3; С 60; Л 31; М 5; Заключение: лейкоцитоз

ОАК от 17.04.01 Эр 4.8\*1012/л, Нв 161 г/л, ЦП 1.0, L 25\*109, Э 0; П 3; С 87; Л 9; М 1;

Заключение: гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы вправо, относительная лимфоцитопения, относительная моноцитопения.

ОАМ от 14.04.01 цвет – соломено-желтая

Реакция кислая

У/в 1020

Прозрачность – прозрачная

Сахар – отрицательный

Эп.пл – 2-3 в п/з

L – 6-7 в п/з

Кровь на RW от 10.04.01 отр

Биохимия крови от 10.04.010 – Общий белок 74 г/л

 Мочевина –4.6 ммоль/л

Креатинин – 0.14 ммоль/л

Глюкоза – 12.1 ммоль/л

АСТ – 23.9 IU/L

АЛТ – 17.6 IU/L

Амилаза 85,4

Билирубин непрямой – 11 мкмоль/л

ПТИ – 53%

К+ - 4,4

ЭКГ от 14.04.01 ритм синусовый 64 в 1 мин.

ЭхоКГ от14.04.01 полости сердца не расширены, клапаны не изменены, сократительная способность миокарда сохранена.

Гистологическое исследование операционного материала – морфологическая картина хронического гранулирующего воспаления в стенке дивертикула.

Rg пищевода с контрастированием в 2х проекциях – в верхней трети пищевода определяется дивертикул размером 10х5 см.

ЭФГДС – при попытке ввести в пищевод эндоскоп все время попадает в полость дивертикула. Полость довольно обширная, в ней кашицеобразная пища, слизистая дивертикула гиперемирована, шероховатая, мутная, сосудистый рисунок не прослеживается.

Заключение: дивертикул Ценкера.

1. ***Клинический диагноз и его обоснование:***
	* **Основной:** дивертикул верхней трети пищевода.
	* **Сопуствующий:** хронический обструктивный бронхит, вне обострения.

Диагноз дивертикул верхней трети пищевода мы ставим на основании:

* + 1. Жалоб: затрудненное прохождение жидкой и твердой пищи, отрыжку съеденной пищей, чувство кома в горле.
		2. Анамнеза: Считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые заметил поперхивание в горле. В последующем, а именно 2 года назад стал замечать затрудненное прохождение пищи. Сначала твердой, а затем и жидкой. В последующем данные симптомы стали нарастать, присоединилась отрыжка съеденной пищей, чувство кома в горле. Болей при глотании не отмечал. Также в последнее время заметил присутствие мешкообразного выпячивания на шеи после еды. При надавливании на это выпячивание отмечал выделение съеденной пищи. В хирургическом отделение 16.04 была выполнена шейная медиастенотомия. Дивертикулэктомия. На операции обнаружен дивертикул размером 6х7 см с утолщенной стенкой, ножка дивертикула 2 см, выражены явления перидивертикулита.
		3. Объективного обследования: Rg пищевода с контрастированием в 2х проекциях – в верхней трети пищевода определяется дивертикул размером 10х5 см. ЭФГДС – при попытке ввести в пищевод эндоскоп все время попадает в полость дивертикула. Полость довольно обширная, в ней кашицеобразная пища, слизистая дивертикула гиперемирована, шероховатая, мутная, сосудистый рисунок не прослеживается. Заключение: дивертикул Ценкера. Гистологическое исследование операционного материала – морфологическая картина хронического гранулирующего воспаления в стенке дивертикула.
1. ***Лечение:***

[Лечение на госп хир2](file:///C%3A%5C%D0%B3%D0%BE%D1%81%D0%BF%D1%82%20%D1%85%D0%B8%D1%802.doc)

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суровов А.А.

1. ***Дневники курации:***

**23.04.01** Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание в лёгких жесткое, хрипов нет, ЧД 16в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 66 в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7 см. Мочеиспускание и стул в норме. В области операционной раны повязка сухая, отмечается легкая болезненность по ходу операционного рубца, края раны чистые, признаков воспаления нет.

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суровов А.А.

**25.04.01** Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание в лёгких жесткое, хрипов нет, ЧД 16в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 66 в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, 9х8х7 см. Мочеиспускание и стул в норме. В области операционной раны повязка сухая, отмечается легкая болезненность по ходу операционного рубца, края раны чистые, признаков воспаления нет.

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суровов А.А.

1. ***Выписной эпикриз:***

Больной: Шушарин Вячеслав Михайлович 56 лет находился на лечении в отделении гастрохирургии с 09.04.01 по 26.04.01 с диагнозом дивертикул верхней трети пищевода. Хронический обструктивный бронхит, вне обострения.

При поступлении предъявлял следующие жалобы: на затрудненное прохождение жидкой и твердой пищи, отрыжку съеденной пищей, чувство кома в горле. Снижение веса. Сухой кашель по утрам.

Из анамнеза: Считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые заметил поперхивание в горле. В последующем, а именно 2 года назад стал замечать затрудненное прохождение пищи. Сначала твердой, а затем и жидкой. В последующем данные симптомы стали нарастать, присоединилась отрыжка съеденной пищей, чувство кома в горле. Болей при глотании не отмечал. Также в последнее время заметил присутствие мешкообразного выпячивания на шеи после еды. При надавливании на это выпячивание отмечал выделение съеденной пищи. За время болезни отмечает похудение на 30 кг. В течение этого периода времени за медицинской помощью не обращался. В первые за мед помощью обратился в феврале текущего года. При обращении был направлен на консультативный прием в ОКП, откуда был госпитализирован в хирургическое отделение ОКБ с диагнозом: дивертикул пищевода.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести по основному заболеванию. Видимые слизистые и кожа обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание жесткое хрипов нет. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. Живот мягкий безболезненный при пальпации, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул и диурез не нарушены.

За время нахождения в стационаре проведены следующие обследования: ОАК от 10.04.01 Эр 4.7\*1012 /л, Нв 150 г/л, ЦП 0.9, L 9.4\*109, Э 1; П 3; С 60; Л 31; М 5;

ОАК от 17.04.01 Эр 4.8\*1012/л, Нв 161 г/л, ЦП 1.0, L 25\*109, Э 0; П 3; С 87; Л 9; М 1;

ОАМ от 14.04.01 цвет – соломено-желтая, Реакция кислая, У/в 1020, Прозрачность – прозрачная,

Кровь на RW от 10.04.01 отр

Сахар – отрицательный, Эп.пл – 2-3 в п/з, L – 6-7 в п/з.

Биохимия крови от 10.04.010 – Общий белок 74 г/л, Мочевина –4.6 ммоль/л, Креатинин – 0.14 ммоль/л, Глюкоза – 12.1 ммоль/л, АСТ – 23.9 IU/L, АЛТ – 17.6 IU/L, Амилаза 85,4, Билирубин непрямой – 11 мкмоль/л, ПТИ – 53%, К+ - 4,4.

ЭКГ от 14.04.01 ритм синусовый 64 в 1 мин.

ЭхоКГ от14.04.01 полости сердца не расширены, клапаны не изменены, сократительная способность миокарда сохранена.

Rg пищевода с контрастированием в 2х проекциях – в верхней трети пищевода определяется дивертикул размером 10х5 см.

ЭФГДС – при попытке ввести в пищевод эндоскоп все время попадает в полость дивертикула. Полость довольно обширная, в ней кашицеобразная пища, слизистая дивертикула гиперемирована, шероховатая, мутная, сосудистый рисунок не прослеживается.

Заключение: дивертикул Ценкера.

16.04.01 Шейная медиастенотомия. Дивертикулэктомия. После операции отмечает резкое улучшение состояния. На операции обнаружен дивертикул размером 6х7 см с утолщенной стенкой, ножка дивертикула 2 см, выражены явления перидивертикулита. При гистологическом исследовании операционного материала – морфологическая картина хронического гранулирующего воспаления в стенке дивертикула.

Получал следующее лечение:

sol. Natrii chloridi 0,9% 200.0 в/в капельно, Sol. Acidi Ascarbinici 5% 2.0 в/в капельно, Sol. Glucosi 5% 200.0 + Insulini 4 ед в/в капельно, Vit В 1 1.0 п/к через день, vit В 6 п/к через день, Benzylpinicillini Natrii 1.0 через 6 часов 3 дня

С улучшением состояния выписывается под наблюдение хирурга по месту жительства

Даны рекомендации по диете.

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суровов А.А.

1. ***Список использованной литературы:***
* А.А. Шалимов и др. "Хирургия пищевода" М., "Медицина" 1975 г.
* А.А. Шалимов и др. "Дивертикулы пищеварительного тракта" Киев "Наукова Думка" 1985 г.