## Паспортная часть:

1. ФИО: **Хххх Ххххх Ххххх**
2. Возраст: **1953 г. р. (47 лет)**
3. Профессия:***не работает***
4. Место работы и должность:***не работает***
5. Домашний адрес: ***с. Кенже, ул. Ахметова 85***
6. Дата поступления:***17.04.01***
7. Кем направлен:***Врачом скорой помощи***
8. Диагноз при поступлении:***Хр. Панкреатит. Киста головки поджелудочной железы.***
9. Диагноз клинический:***Кольцеобразная поджелудочная железа. Хр. панкреатит в ст. обострения. Множественные эрозии слизистой двенадцатиперстной кишки.***

## Жалобы при поступлении

На интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, сухость во рту, общую слабость.

## Anamnesis morbi:

Длительное время (в течении многих лет) страдает болями в эпигастрии. Неоднократно лечился в терапевтических отделениях с диагнозом хр. панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Последнее терапевтическое лечение в IV ТО ГКБ с 17.03.01 по 5.04.01. Произведена КТ в Ставрополе.

Настоящее ухудшение с 24 часов 16.04.01 – усилились боли и больной был доставлен бригадой скорой помощи в ПО ГКБ.

## Anamnesis vitae

Рос и развивался соответственно возрасту. Детских болезней не помнит.

Страдает хр. гастритом в течении 7 лет.

Четыре раза оперирован в ХО ГКБ по поводу парапроктита, последний раз 5 лет назад.

Б-нь Боткина, tbс, кож-вен, онко - заболевания у себя и близких отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Аллергоанамнез не отягощен.

Наследственность не отягощена.

## Status praesens objectivus

## (на момент осмотра)

## Общий осмотр

Общее состояние больного тяжелое. Сознание сопорозное, в вербальный контакт входит с трудом. положение постельное. Нормостенической конституции.

Кожные покровы смуглые, кожа на ощупь чистая, прохладная, гладкая, слегка суховата, эластичность сохранена. Высыпаний, геморрагических явлений, наружных опухолей нет. Волосы и ногти не изменены. Видимые слизистые бледные. Отеков нет. Подкожные вены малозаметные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система умеренно развита. Тонус нормальный, мышцы безболезненны. Костно–суставной аппарат без деформаций, болезненность отсутствует. Припухлости, гиперемии кожи над суставами нет. Объем движений не проверялся в следствии тяжести больного.

## Органы дыхания

**Осмотр**

Дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки нормостеническая. Над– и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Межреберные промежутки не расширены. Ход ребер обычный. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, тип дыхания грудной. Дыхание ритмичное, нормальной глубины. ЧДД 22 в мин.

**Пальпация**

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. Целостность ребер не нарушена, поверхность ребер гладкая. Болезненность ребер, межреберных промежутков отсутствует. Голосовое дрожание не усилено и проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Шум трения плевры отсутствует.

**Сравнительная перкуссия**

Над всей поверхностью легких ясный легочный звук.

**Топографическая перкуссия**

Не проводилась в следствии тяжести состояния больного.

**Аускультация**

Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры отсутствуют.

## Органы кровообращения

**Осмотр**

Набухания и пульсации сосудов шеи не наблюдаются. Сердечный горб не обнаружен. Верхушечный толчок невидимый. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация и ретростернальная пульсации не отмечаются.

**Пальпация**

Верхушечный толчок не пальпируется. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пальпаторные симптомы стеноза митрального и аортального отверстия отсутствуют.

**Перкуссия**

*Границы относительной тупости сердца*

1. **правая** — у правого края грудины в IV межреберье
2. **левая** — на 2 см кнутри от сред.–ключич. линии в V межреберье
3. **верхняя** — на III ребре по окологрудинной линии

**Поперечник относительной тупости** сердца 12 см

**Ширина сосудистого пучка** 5 см

**Конфигурация** сердца нормальная

*Границы абсолютной тупости сердца*

1. правая — у левого края грудины в IV межреберье
2. левая — на 3 см кнутри от срединно–ключичной линии в V

межреберье

1. верхняя — на IV ребре по окологрудинной линии

**Аускультация**

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд в мин.

**Исследование артерий и вен**

Пульсации вен нет. Припухлостей вен не наблюдается. Шумов на сонной и подключичной артериях нет.

**Исследование пульса**

Пульс на правой и левой руке 96 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

**Артериальное давление**

на правой руке 150/90 мм рт. ст.

на левой руке 150/90 мм рт. ст.

## Гепатобилиарный тракт

**Осмотр**

Видимое увеличение печени, пульсация, фиксация правого подреберья при дыхании отсутствует.

**Перкуссия**

Печеночная тупость сохранена. Границы печени по Курлову соответсвуют норме.

**Пальпация**

Пальпация печени не проводилась в следствии тяжести состояния больного.

## Органы мочевыделения

**Осмотр**

Поясничная область не изменена. Над областью мочевого пузыря выпячивания нет.

**Пальпация**

Не проводилась в следствии тяжести состояния больного.

**Аускультация почечных артерий**

Шумы не выявлены

## Status localis

## Органы пищеварения

Запах выделяемого воздуха обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности неба, нижней поверхности языка бледные. Пигментаций, изъязвлений нет. Десны бледные. Язык суховат, обложен белесоватым налетом у корня. У больного назогастральный зонд.

Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке отмечается послеоперационный рубец от верхнесрединной лапаротомии. В правой подвздошной области стоит дренажная трубка. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются.

***Поверхностная ориентировочная пальпация***

Живот мягкий, болезненный в области послеоперационного рубца, не вздут. Перитониальные симптомы отрицательны.

***Глубокая пальпация по Образцова-Стражеско***:

Не проводилась в следствии тяжести состояния больного.

**Аускультация**

Выявляются шумы перистальтики в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины отсутствует.

## Предварительный диагноз

*На основании* ***жалоб*** на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, сухость во рту, общую слабость*.*

***Anamnesis morbi*** *—* Длительное время (в течении многих лет) страдает болями в эпигастрии. Неоднократно лечился в терапевтических отделениях с диагнозом хр. панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Последнее терапевтическое лечение в IV ТО ГКБ с 17.03.01 по 5.04.01. Произведена КТ в Ставрополе.

Настоящее ухудшение с 24 часов 16.04.01

***Anamnesis vitae*** – неинформативен**.**

***Особенностей Status praesens*** objectivus***:***

Десны бледные. Язык суховат, обложен белесоватым налетом у корня. Живот болезненный в эпигастральной области, мышечная защита там же.

**Можно выставить предварительный диагноз:**

***Хр. Панкреатит. Киста головки поджелудочной железы.***

## План дополнительного обследования:

1. *ОАК*
2. *ОАМ*
3. *Группа крови и резус фактор.*
4. *Сахар крови.*
5. *Кровь на RW и ВИЧ-инфекцию.*
6. *Флюорография органов грудной клетки.*
7. *ЭКГ*
8. *Электролиты крови.*
9. *Билирубин и его фракции.*
10. *АЛТ, АСТ, ЛДГ крови*
11. *Креатинин крови.*
12. *Коагулограмма.*
13. *Диастаза мочи*
14. *Рентгенография ЖКТ с пассажем бария.*
15. *Консультация терапевта*

## Результаты дополнительного обследования:

***Общий анализ крови.*** *Дата проведения: 17.04.2001*

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4.3\*1012 |
| Hb | 128 г/л |
| ЦП | 0.89 |
| Лейкоциты | 7.4\*109 |
| эозинофилы | 3 |
| палочкоядерные | 11 |
| сегментоядерные | 64 |
| моноциты | 6 |
| лимфоциты | 16 |
| СОЭ | 8 мм\ч |

***Общий анализ мочи.*** *Дата проведения: 17.04.2001*

|  |  |
| --- | --- |
| уд. вес | м/м |
| Цвет | с/ж |
| Прозрачность | прозрачная |
| Реакция | кислая |
| Белок | нет |
| Сахар | нет |
| Полиморфные клетки | 5-6 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2-3 в поле зрения |

***Биллирубин общий*** *от 20.04.2001:*  11,7 мкмоль/л

***Креатинин*** *от 20.04.2001:* 73,7 ммоль/л

***Кальций крови*** *от 20.04.2001:* 2,5 ммоль/л

***Хлориды крови*** *от 20.04.2001:* 109 ммоль/л

***Коагулограмма*** *от 20.04.2001:*

Рекальцификация – 125’’

Толерантность плазмы к гепарину – 6’

Протромбиновый индекс – 90

Фибриноген – 399

β-фибриноген – (+)

***Анализ крови на RW*** *от 20.04.2001* – отрицательный.

***ЭКГ*** *от 17.04.2001:*

Ритм синусовый – 60 – 25 в’ Нагрузка на правое предсердие.

***R-заключение*** *от 21.04.2001:*

R-данных за патологию ЖКТ не выявлено.

***Заключение КТ*** *от 9.04.01:*

КТ-признаки хр. воспалительных изменений печени, поджелудочной железы, кисты в проекции головки поджелудочной железы, объемного образования двенадцатиперстной кишки, хр. некалькулезного холецистита.

***Больной осмотрен анестезиологом***. Риск операции по Рябову IV.

## Операция: диагностическая лапаротомия.

Верхнесрединным разрезом вскрыта брюшная полость. Выпота нет. Печень увеличена в размерах, красноватого цвета с закругленными краями, гладкая, блестящая. Двенадцатиперстная кишка значительно расширена в поперечнике до 10 см. В нижней трети нисходящей части и начала нижнегоризонтальной части – опухолевидное образование с обхватом двенадцатиперстной кишки в поперечнике на ѕ ее периметра. Образование бугристое. Дифференцировать экзофитный или эндофитный рост его не представляется возможным. Произведена поперечная дуоденотомия в нижней трети нисходящей ее части. Слизистая со множественными кровоизлияниями и эрозиями. Патологических включений исходящих из слизистой. Головка поджелудочной железы без видимых изменений переходит на двенадцатиперстную кишку подковообразным обхватом данной области, суживая ее просвет. Желчный пузырь обычных размеров, опорожняется хорошо. В полости конкрементов не пальпируется.

В операционную приглашен проф. Мизаушев Б.А. Случай расценен как подковообразная поджелудочная железа, хронический панкреатит, ст. обострения, кальциноз поджелудочной железы, дуоденит, дуоденостаз, эрозии слизистой двенадцатиперстной кишки. Из передней части подковообразной поджелудочной железы взят кусочек на гистологическое исследование. Все эти манипуляции после мобилизации двенадцатиперстной кишки по нисходящей и нижнегоризонтальных ее ветвей. Кровоточащие сосуды лигированы. Окно в gastrocolica ушито узловыми швами. Область дуоденотомии дренирована через отдельный прокол в правом мезогастрии. Дуоденальное отверстие ушито в поперечном направлении двухрядным узловым швами. Швы на рану.

PS: Подозрение на метастатические узлы или опухолевый процесс в других отделах брюшной полости не выявлено.

Оперировал: Абазов Х.Х.

Ассистировал: Кубалов И.А.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику кольцеобразной поджелудочной железы необходимо провести с обострением хронического холецистита, острым катаральным холециститом, пенетрацей язвы желудка или 12 перстной кишки в поджелудочную железу и острой кишечной непроходимостью.

1. острый катаральный холецистит сопровождается интенсивными постоянными болями в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку и надплечье, правую половину шеи. Часто возникает рвота желудочным, а затем дуоденальным содержимым не приносящая больному облегчения. Температура повышается до субфебрильной, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту, иногда некоторое повышение АД. Язык влажный, может быть обложен белым налетом , живот участвует в акте дыхания при этом отмечается некоторое отставание правой половины в верхних отделах. При пальпации живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Напряжения мышц брюшной стенки нет или выражено незначительно. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Иногда можно увеличенный умеренно болезненный желчный пузырь. Чаще всего катаральный холецистит провоцируют погрешности в диете, у нашей больной была похожая клиника, но на основании того, что у нее отрицательные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, а также боли не локализованы в области желчного пузыря, а носят умеренно выраженный опоясывающий характер, также отсутствует рвота и т.д. данный диагноз можно исключить.
2. При пенетрирующей язве в поджелудочную железу наблюдается следующая картина: язвенный анамнез чаще свойственен этой категории больных, перед пенетрацией боли усиливаются, при пенетрации боли становятся менее правильными ( теряется их связь с приёмом пищи, чаще это ночные боли ), они имеют опоясывающий характер. На высоте болей возникает рвота в крови повышаются показатели свойственные поражению поджелудочной железы ( амилаза, диастаза мочи, трипсин, липаза и д.р.) Рентгенологически определяется неподвижность желудка в области пенетрации, симптом глубокой ниши выходящей за пределы органа. При ФГС выявляется язвенный дефект с пенетрацией в поджелудочную железу, при физика льном обследовании наблюдается местное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность. У нашей пациентки очень похожа клиника, но т.к. боли сохраняют связь с приёмом пищи и, самое главное: нет подтверждения при ФГС данный диагноз также можно исключить.
3. При острой кишечной непроходимости появляются схваткообразные боли без иррадиации её в другие области. Эта боль сопровождается резким усилением кишечных перистальтических шумов, определяемых при аускультации живота и даже на расстоянии в виде резкого урчания в животе.( в начальном периоде заболевания), в дальнейшем перистальтические шумы затихают и наблюдается симптом гробовой тишины. Многократная рвота при кишечной непроходимости с течением времени приобретает каловый характер. Больные принимают вынужденное положение, живот у них вздут. Над раздутой кишечной петлёй при перкуссии живота устанавливают зону высокого тимпанита ( симптом Валя и Кивуля). На рентгенограмме наблюдаются чаши Клойбера. Чего у нашей больной не наблюдается.
4. При панкреатите возникает боль в подложечной области часто опоясывающего характера, боль обычно постоянная. Заболевание провоцируется погрешностями диеты, интенсивность боли зависит от степени воспалительных явлений протекающих в железе (от средней интенсивности до очень жестоких болей) Также частым признаком панкреатита является рвота которая нередко предшествует болям, язык обложен. У большинства больных температура субфебрильная, ослабление кишечных шумов при аускультации живота и наличие специфических симптомов: Мейо-Робсона, Махова, Чухриенко.

## Клинический диагноз

*На основании* ***жалоб*** на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, сухость во рту, общую слабость*.*

***Anamnesis morbi*** *—* Длительное время (в течении многих лет) страдает болями в эпигастрии. Неоднократно лечился в терапевтических отделениях с диагнозом хр. панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Последнее терапевтическое лечение в IV ТО ГКБ с 17.03.01 по 5.04.01. Произведена КТ в Ставрополе. Настоящее ухудшение с 24 часов 16.04.01

***Особенностей Status praesens objectivus:***

Десны бледные. Язык суховат, обложен белесоватым налетом у корня. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области, мышечная защита там же.

***Данных диагностической лапаротомии:***

Двенадцатиперстная кишка значительно расширена в поперечнике до 10 см. В нижней трети нисходящей части и начала нижнегоризонтальной части – опухолевидное образование с обхватом двенадцатиперстной кишки в поречнике на ѕ ее периметра. Образование бугристое. Дифференцировать экзофитный или эндофитный рост его не представляется возможным. Произведена поперечная дуоденотомия в нижней трети нисходящей ее части. Слизистая со множественными кровоизлияниями и эрозиями. Патологических включений исходящих из слизистой. Головка поджелудочной железы без видимых изменений переходит на двенадцатиперстную кишку подковообразным обхватом данной области, суживая ее просвет.

## Можно выставить клинический диагноз:

***Кольцеобразная поджелудочная железа. Хр. панкреатит в ст. обострения. Множественные эрозии слизистой двенадцатиперстной кишки.***

## Лечение:

Постельный режим

Холод на эпигастрий

Физ. р-р 400 мл + Папаверин 2 мл + Анальгин 2 мл в/в капельно

Р-р Рингера 400 мл в/в капельно

Глюкоза 5%-400 мл в/в капельно

Аминокапроновая кислота 5%-200 мл в/в капельно

Баралгин 5 мл в/в

Кеторол 1 т х 3 р

**Премедикация:**

22.04.01 в 18-00

Тазепам 2т

Димедрол 1т

22.04.01 в 21-00

Фенобарбитал 2т

Тазепам 2т

Димедрол 1т

23.04.01 за 30 мин до операции:

Sol. Promedoli 2% - 1ml. в/м

Sol. Dimedroli 1% - 1ml. в/м

**Во время операции:**

Эритроцитарная взвесь 250 мл в/в капельно

Кровь одногрупная 300 мл в/в капельно

Плазма 150 мл в/в капельно

## Дневники курации:

*24.04.2001 г***.**

Первый день после операции. Больной находится в реанимационном отделении. Общее состояние тяжелое. Больной с трудом вступает в вербальный контакт. Со стороны органов бронхо-легочной, сердечно–сосудистой систем патологий нет. АД 140/90 мм рт. ст., PS 96 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧДД 22 в мин. Диурез в норме.

Пальпаторно живот мягкий, болезненный в постоперационной области, не вздут, перитониальные симптомы отрицательны.

По дренажу отошло 30 мл серозной жидкости.

*26.04.2001 г***.**

Общее состояние средней тяжести. Больной переведен из РО в ХО. Жалобы на неприятные ощущения в области нозогастрального зонда. Со стороны органов бронхо-легочной, сердечно–сосудистой систем патологий нет. АД 150/90 мм рт. ст., PS 94 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧДД 20 в мин. Диурез в норме.

Пальпаторно живот мягкий, болезненный в постоперационной области, не вздут, перитониальные симптомы отрицательны.

По дренажу отошло 20 мл серозной жидкости.

*29.04.2001*

Общее средней тяжести. Жалобы на слабость. Со стороны органов бронхо-легочной, сердечно–сосудистой систем патологий нет. АД 140/90 мм рт. ст., PS 96 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧДД 20 в мин. Диурез в норме.

Пальпаторно живот мягкий, болезненный в постоперационной области, не вздут, перитониальные симптомы отрицательны.

По дренажу отошло 30 мл серозной жидкости.

## Этапный эпикриз:

Больной **Хххххх Хххх Хххххх** 1953 г.р. находится на стационарном лечении в ХО ГКБ с DS: ***Кольцеобразная поджелудочная железа. Хр. панкреатит в ст. обострения. Множественные эрозии слизистой двенадцатиперстной кишки.*** Больной доставлен в приемное отделение ГКБ с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Больной длительное время страдает болями в эпигастрии. Неоднократно лечился в терапевтических отделениях с диагнозом хр. панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Последнее терапевтическое лечение в IV ТО ГКБ с 17.03.01 по 5.04.01. Произведена КТ в Ставрополе.

Настоящее ухудшение с 24 часов 16.04.01. При объективном исследовании: язык суховат, обложен белесоватым налетом у корня. Живот болезненный в эпигастральной области, мышечная защита там же.

В отделении больной был обследован клинически, рентгенологически и лабораторно. 23.04.01 больному была произведена операция: Диагностическая лапаротомия. Интраоперационной находкой была кольцеобразная поджелудочная железа.

Больной получает обезболивающее, трансфузионное, инфузионное, симптоматическое лечение.

Больной продолжает стационарное лечение в ХО ГКБ.