**Общие данные**

1.Ф.И.О.

2. Возраст, год рождения:

3.Место работы:

4.место жительства: .

5.Дата и время поступления в клинику: 28 ноября 20:00

6.Предварительный диагноз: Обтурационная непроходимость кишечника

7.Клинический диагноз: Опухоль селезеночного угла, осложненная кишечной непроходимостью

8.Назначение операции: 28.11.06 под эндотрахеальным наркозом

9.Послеоперационный диагноз: Опухоль селезеночного угла ободочной кишки, осложненная острой обтурационной толстокишечной непроходимостью

10.Послеоперационные осложнения:

11.Исход:

**Жалобы больного:**

На момент курации жалоб не предъявляет.

**Anamnes morbi.**

Считает себя больной с 28 ноября 2006 года ( 6:00 ),когда появились сильные боли распирающего характера в области эпигастрия, тошноста, рвота, отмечала вздутие живота, задержку стула и газов. Боли не прекращались. Стул после применения слабительных средств и клизм не нормализовался.

По этому поводу вызвала бригаду скорой помощи и после осмотра врачом госпитализирована в БСМП с направительным диагнозом: острая кишечная непроходимость.

В приемном отделении БСМП при осмотре хирургом отмечается: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, язык чистый, сухой, температура 37,3, при пальпации живота- отмечается болезненность в левой эпигастральной области, симптом Валя, видна усиленная перистальтика, при аускультации – шум плеска; при осмотре per rectum – ампула прямой кишки пустая, раздутая –симптом Грекова.

Больная госпитализирована в хирургическое отделение №5.

**Anamnes vitae.**

Родилась 1.03.1932 года вторым ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Менструальный цикл начался с 13 лет. В школу пошла с 6 лет. Образование средне-специальное. Замужем, двое детей. Жилищно-бытовые условия нормальные.

Перенесенные заболевания: в детстве – часто ангины, ОРВИ, ветряная оспа.

Наследственность: не отягощена.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Трансфузионный анамнез: компоненты крови не переливались, донором не является.

**Status praesens communis.**

Общее состояние: удовлетворительное.

Положение больного: вынужденное.

Сознание: ясное.

Выражение лица: обычное.

Телосложение: нормостеническое. Вес соответствует росту.

Температура тела: 36.8

Кожные покровы: телесного цвета, сниженной эластичности, нормальной влажности. Сыпь, рубцы, варикозное расширение вен не отмечается.

Слизистые глаз, носа, губ, полости pтa –бледно-розового цвета, чистые.

Подкожно-жировая клетчатка*:* развита умеренно, отеки не выявляются.

Лимфатические узлы
 подчелюстные, подмышечные, надключичные - величиной 3-6 мм, округлой формы, мягко-эластической консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, подвижны, безболезненны при пальпации.

Мышцыразвиты умеренно, тонус умеренный, безболезненны при пальпации.

Кости без деформации, безболезненны при пальпации и перкуссии.

Суставыбездеформаций, безболезненны, не ограничены при активной и
пассивной подвижности, местная гиперемия и гипертермия отсутствуют.

Нервная система: обоняние, вкус, зрение, слух - без выраженных изменении. Речь,
координация движений не нарушены.

Органы дыхания.

Дыхание через нос не затруднено. Голос не изменен. Голосовоедрожание выражено умеренно, симметричное. Грудная клетка правильной
нормостенической формы; над- и подключичные. Ямки выражены средне,

Лопатки умеренно прилегают. Реберно-диафрагмальный угол 90о. П
атологическое искривление позвоночника не определяется. Дыхание
брюшного типа, ритмичное. Число дыханий не превышает 18 в минуту. При
дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки -
симметричны.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна, трение плевры не
определяется.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над легочными полями - легочный, симметричный.
При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева

и 3 см справа, сзади - на уровне остистого отростка II шейного позвонка с
обеих сторон.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По линиям | Правого легкого | Левого легкого |
| Паростерналъные Срединноключичные Передние подмышечные Средние подмышечные Задние подмышечные Лопаточные | V РЕБРОVI РЕБРОVII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРО | VI РЕБРОVI РЕБРОVII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРО |

Подвижность нижних границ легких по задней подмышечной линии
при форсированном дыхании справа - 6 см, слева - 6 см.

При аускультации дыхание везикулярное, слегка жестковатое.
Крепитация, хрипы шум трения плевры не прослушивается. Бронхофония
выражена средне, симметрична.

Органы кровообращения.

При осмотре область сердца без деформаций. Отмечается умеренная
левожелудочковая пульсация в V межреберье по левой срединно-ключичной
линии.

При пальпации левожелудочковый толчок в V м/p поключичной линии несколько усилен. Шириной 4 см, положительный.
Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное
дрожание, ощущение трения перикарда не определяются.

Границы относительной сердечной тупости: правая - 1.0 см
вправо от грудины в IV м/р, верхняя: Ш м/р. левая — 0,5 см
влево от левая срединно-ключичной линии в V м/р. Ширина сосудис
того пачка - 6 см во II м/р.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - левый край грудины„
верхняя - IV ребро, левая - l см вправо от левой границы относительной
сердечной тупости**.**

При ортоперкуссии по Курлову, конфигурация сердца прибли-
жается каортальной, талия подчеркнута. Кардио-диафрагмальные углы не
сглажены.

При аускультации, тоны сердца средней громкости. На верхушке 1 тон
ослаблен, акцент II тона во II м/р справа от грудины. В положении лежа на
левом боку на высоте выдоха над верхушкой сердца прослушивается
неотчетливый III тон и тихий нежный протосистолический шум. Во II м/р
справа прослушивается тихий, но грубый систолический шум, проводящийся
на сонные артерии.

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, 78 ударов в минуту,
удовлетворительного наполнения, несколько напряжен, обычный по форме.

АД на левом предплечье – l65/90 мм рт. ст., на правом – 160/90 мм
pт. Ст. Стенки п
eриферических артерий мягко-эластической консистенции, гладкие, б
езболезненные.

Органы пищеварения:

Язык чистый, влажный. Имеются кариозные зубы, санированы.
С\о полости рта бледно-розового цвета, влажные, высыпания, телеангиэктазии отсутствуют.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный.

При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
кишка, восходящий участкок толстого кишечника в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется.

При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Гепатолиенальная система:

Печень, селезенка непальпируются.
 Правая
акромиальная лопаточная точки безболезненны. Френикус-симптом—
отрицательный. Размеры печени по данным перкуссии по Курлову: 1- 9 см, 11
- 8см, 111-7 см.

Размеры селезенки: длинник: по 10 ребру - 6 см, поперечник - 4
см.

Мочевыделительная система:

Область почек без деформаций. Почки в положении больного лежа
не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Болезненность при
поколачивании области почек не выявляется. Мочевой пузырь не
пальпируется, перкуторно не определяется.

Эндокринная система:

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не выявляются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Status lokalis.**

Состояние больной после операции удовлетворительное, сознание ясное. При
осмотре живота наблюдаются послеоперационные раны: средне-срединная лапаротомия, слева – колостома; живот мягкий в области послеоперационной раны
, болезненный, участвует в акте дыхания. Локальное мышечное напряжение и симптом раздражения брюшины отсутствуют.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует нормально. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы слегка мацерирована, отечна.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

На основании характерных жалоб, анемнеза и клинических методов исследования выставлен

**Предварительный диагноз:**

Основной: Обтурационная кишечная непроходимость.

Осложнения основного диагноза: -

Сопутствующий диагноз: -

**Данные дополнительных методов исследования.**

**Общий анализ крови (от 28.11.06.):**

Эритроциты- **4,2х1012/л** (4,0-5,0х1012/л)
Hb- **134 г/л** (130-160 г/л)

Гематокрит- **40об%** (38-48об%)
Цвет. показатель- **0,1** (0,8-1,1)
Лейкоциты- **6,8х** **109/л** (4,9-9,0х109/л)

Базофилы- **0** (0-1%)
 палочкоядерные- **3%** (1-4%)
 сегментоядерные- **63%** (45-70%)
Лимфоцитов- **36%** (18-40%)
 CОЭ- **8 мм/ч** (1-10 мм/ч)

Заключение: показатели в пределах нормы.

**Общий анализ мочи (от 28.11.06.):**

Суточное количество - **1025мл** (1000-2000мл)
Цвет - **светло-желтый** (соломенно-желтый)

Прозрачность - **прозрачная** (прозрачная)

Белок – **0 г\л** (0 г/л)

Сахар – **0 г\л** (0 г/л)
Реакция – **кислая** (рН-4,5-8,0)
Уд. вес - **1,025** (1.010-1.025)

Плоский эпителий – **0** (0-3 в поле зрения)

Эпителий мочевых канальцев - **отр**. (отр)

Заключение: показатели в пределах нормы.

**Биохимия крови (от 2.02.06.)**

Общий белок – **72 г\л** (70-96 г\л)

Альбумины – **57,2 %** (56,5-66,5%)

Креатинин – **89 мкмоль\л** (50-115 мкмоль\л)

Мочевина – **6,5 ммоль\л** (4,2-8,3 ммоль\л)

Общий билирубин – **20,01 мкмоль\л** (8,5-20,5 мкмоль\л)

Прямой билирубин – **2,4 мкмоль\л** (0-5,1 мкмоль\л)

АСТ – **0,33 мкмоль\л** (0,1-0,45 мкмоль\л) по Райтману-Френкелю

АЛТ – **0,20 мкмоль\л** (0,1-0,68 мкмоль\л) по Райтману-Френкелю

ГГТП – **28 МЕ** (до 48 МЕ)

Глюкоза – **5,14 ммоль\л** (4,22-6,11 ммоль\л)

К – **4,8 ммоль\л** (3,6-6,3 ммоль\л)

Na – **150 ммоль\л** (135-152 ммоль\л)

Ca – **2,51 ммоль\л** (2,2-2,75 ммоль\л)

Диастаза - 133 – в пределах нормы

Заключение: показатели в пределах нормы.

**Коагулограмма (от 2.12.06.):**

Фибриноген – 2,8 г\л (2,0-4,0 г\л)

В-нафтоловый тест – отр. (отр.)

Этаноловый тест – отр. (отр.)

Фибринолитическая активность – 210 мм (120-240 мм)

Фибринстабилизирующий фактор – 45 (43-73)

Заключение: показатели в пределах нормы, система гемостаза не нарушена.

**Обзорная рентгенография брюшной области ( от 28.11.06):**

Тонко-толстокишечные чаши Клойбера.

**Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| признак | Обтурационная кишечная непроходимость | Динамическая кишечная непроходимость | У больной |
| Особенности анамнеза (причины заболеваия) | Возникает при закупорки просвета кишки опухолями, рубцовыми сужениями просвета кишки, желчными конкрементами, копроколитами, клубками аскарид, проглоченными инородными телами | Характеризуется стойким спазмом, либо парезом кишечника в следствии острых воспалительных процессов в брюшной полости –холецистит, панкреатит, аппендицит, перитонит; метаболические нарушения, интоксикация | опухоль |
| Особенности болей | Интенсивного характера, схваткообрарные | Интенсивные, постоянного острого распирающего характера | Интенсивные, схваткообразные |
| рвота | + | + | + |
| Задержка стула и газов | + | + | + |
| Вздутие живота | + | + | + |
| Видимая перистальтика | + | - | + |
| Рентгенография (чаши Клойбера) | + | + | + |
| Сиптом Грекова | + | + | + |

**Клинический диагноз:**

На основании жалоб больной на внезапно возникшие боли в эпигастральной
области, тошноту, рвоту, вздутие живота, задержку стула и газов
. Больная отмечала общую слабость, недомогание,
 незначительное повышение температуры (до 37,5). Боли носили
постоянный характер, интенсивные, не ирродиирующие. Боли не прекращались.

На основании осмотра больной при поступлении: состояние больной
средней тяжести, сознание ясное, положение вынужденное; язык
обложенный, влажный; температура 37,4. При пальпации определяется
болезненность в левой эпигастральной области живота, определяется защитное
напряжение мыши брюшной стенки. Симптом
Щеткина-Блюмберга отрицательный (свидетельствует об отсутствии
перитонита), симптом Валя, видна усиленная перистальтика, при аускультации – шум плеска;

На основании дополнительных методов исследования: при осмотре per rectum – ампула прямой кишки пустая, раздутая –симптом Грекова.

Поставлен диагноз острая обтурационная кишечная непроходимость.

В ходе операции при ревизии кишечника выявлена опухоль в области селезеночного угла

, на основании чего выставлен клинический
диагноз — опухоль селезеночного угла, осложненная кишечной непроходимостью.

**Этиология и патогенез.**

Обтурационная непроходимость кишечника возникает при закупорке просвета кишки опухолями, исходящими из стенки кишки; рубцовыми сужениями просвета кишечника; желчными конкрементами, перфорировавшими стенку желчного пузыря и кишки; копролитами, клубками аскарид.

Прекращение или резкое замедление пассажа кишечного содержимого по кишечнику, вызванное обтурацией приводит к многочисленным местным и общим функциональным и морфологическим изменениям. Начальным звеном патогенеза является растяжение стенки кишки жидким содержимым и газом. В связи с этим диаметр кишки выше места препятствия, вызвавшего непроходимость, увеличивается. Ее стенка истончается, давление в кишке возрастает. Это ведет к сдавлению мелких вен и лимфатических сосудов кишечной стенки. Всасывание жидкости и пищеварительных соков замедляется, а затем прекращается. Большая их часть выделяется со рвотой наружу. При этом организм теряет не только жидкость, но и большое количество белка, ферментов и электролитов. Поступление воды в организм извне прекращается, так как выпитая жидкость не всасывается, а лишь усиливает рвоту и степень перерастяжения кишки.

Вследствие сдавления вен в стенки кишки резко нарушается кровоток в микроциркуляторном русле, развивается отек стенки приводящей кишки, отечная жидкость поступает как в просвет кишки, так и в свободную брюшную полость.

Нарушение кровообращения в стенке приводящего отдела кишки, гипоксия ее тканей приводят к некрозу слизистой оболочки на протяжении 40-50 см проксимальнее места препятствия.

**Лечение.**

При острой кишечной непроходимости необходима экстренная операция- лапаротомия, колостома.

Дата: 28.11.06.

Время: 21:35

Больная взята в операционную в экстренном порядке, осмотр на
операционном столе

Состояние средней тяжести.

Диагноз: обтурационная кишечная непроходимость

Операция: лапаротомия, левосторонняя гемиколонэктомия, наложение трансверзостомы. Санация, дренирование брюшной полости.

Сознание — ясное;
Дыхание адекватное
АД 130/85; пульс — 78 уд/мин
Наркоз: общая анестезия; эндотрахеальный; ИВЛ

Премедикация: в/венно супрастин 20 мг;

Атропий 0,1% -0,5 мг

Вводный наркоз: диазепам 5 мг

 Фентанил 0,1 мг

Дроперидол 5 мг

Интубация трахеи: положёние прямое; приём Селика; зонд в желудок

Поддержание анестезии: закись азота 3 л/мин

 Кислород 1,5 л/мин
 Диазепам 5 мг
 фёнтанил 0,4 мг

Тиопентал 200 мг ( в/в балюсно)

ИВЛ: аппаратная;

Режим: ДО- 500 мл; частота- 16/мин; пульс- 78 уд/мин; АД — 130/85

Пробуждение через 10 мин после окончания операции (ориентирована);

перевод в палату.

**Ход операции.**

Название операции: лапаротомия, левосторонняя гемиколонэктомия, наложение трансверзостомы. Санация, дренирование брюшной полости.

Оператор:

Ассистент:

Операционная сестра:

Наркоз:

Под эндотрахеальным наркозом после трехкратной обработки операционного поля раствором йодоната произведена срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла ободочной кишки. До селезеночного угла толстая кишка раздута, содержит большое количество каловых масс, ниже опухоли- кишка спавшаяся, не раздута. Опухоль 3х4 см плотная, неподвижная, полностью обтурирует просвет кишки.

Произведена мобилизация толстой кишки в месте опухоли селезеночного угла до середины поперечной ободочной кишки, ниже опухоли –до сигмовидной кишки. Брыжейка кашечника на этом протяжении поэтапно лигирована.

Произведена резекция ободочной кишки от середины поперечной ободочной кишки и до начала сигмовидной кишки вместе с опухолью. Сигмовидная кишка наглухо ушита двухрядным швом и зафиксирована к брюшине. Наложена трансверзостома к передней брюшной стенке слева от пупка.

Санация брюшной полости, дренаж по левому боковому каналу и в полость малого таза.

Рана послойно ушита.наложена асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: Опухоль селезеночного угла, осложненная кишечной

непроходимостью.

**Назначения:**

1.стол №0

2.режим строго постельный

3.холод на область послеоперационной раны

4.Sol. Ketoroli 1,0 mlв/м 2 р/д и при болях

5.Sol.ceftriaxoni 2 гр 1 р/д в/м

6.Sol. metrogili 100 ml 2р/д в/в кап.

7.церукал –в/м 2мл 0,5% 2 р/д

8.proserinum 1 мл 0,05% 2 р/д п/к

9.fraxiparini 0,6 мл 1 р/д

10.эластичное бинтование нижних конечностей

**Дневники.**

**1.12.06.**

Жалобы на общую слабость, умеренные боли в области послеоперационной раны

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное.

В легких дыхание везикулярное. ЧД = 19 в минуту.

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 145/85 мм рт. ст. ЧСС = 85 в минуту.

Язык – влажный, чистый. Миндалины бледно-розовые, не выступают за дужки, отделяемого нет.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный. При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
, восходящая ободочная кишка в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется. При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Status lokalis.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует нормально. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы слегка мацерирована, неотечна.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

Назначения:

1.стол №15

2.ранняя физическая активность

3.поставить калоприемник

4.перевязки 1 р/д

**4.12.06.**

Жалобы на момент курации отсутствуют

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное.

В легких дыхание везикулярное. ЧД = 19 в минуту.

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 140/85 мм рт. ст. ЧСС = 82 в минуту.

Язык – влажный, чистый. Миндалины бледно-розовые, не выступают за дужки, отделяемого нет.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный. При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
, восходящая ободочная кишка в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется. При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Status lokalis.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует ослабленно. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы слегка мацерирована, неотечна. Стул через колостому жидкий в количестве 20-30 мл, темно-коричневого цвета.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

Назначенпия:

1. Sol.ceftriaxoni – отменить

2. fraxiparini – отменить

3. Sol. Ketoroli- при болях

**6.12.06.**

Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное.

В легких дыхание везикулярное. ЧД = 18 в минуту.

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 150/90 мм рт. ст. ЧСС = 82 в минуту.

Язык – влажный, чистый. Миндалины бледно-розовые, не выступают за дужки, отделяемого нет.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный. При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
, восходящая ободочная кишка в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется. При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Status lokalis.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует ослабленно. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы слегка мацерирована, неотечна. Стул через колостому жидкий , выделяется постоянно, темно-коричневого цвета.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

Назначения:

1.Sol. Metrogili-отменить

2.Sol. Ketoroli- при болях

3.снять швы с лапаротомической послеоперацинной раны

**8.12.06.**

Жалобы на момент курации отсутствуют

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное.

В легких дыхание везикулярное. ЧД = 19 в минуту.

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 145/85 мм рт. ст. ЧСС = 83 в минуту.

Язык – влажный, чистый. Миндалины бледно-розовые, не выступают за дужки, отделяемого нет.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
, восходящая ободочная кишка в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется. При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Status lokalis.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует нормально. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы неотечна.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

Лечение получает.

**11.12.06.**

Жалобы на момент курации отсутствуют

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное.

В легких дыхание везикулярное. ЧД = 19 в минуту.

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 145/85 мм рт. ст. ЧСС = 83 в минуту.

Язык – влажный, чистый. Миндалины бледно-розовые, не выступают за дужки, отделяемого нет.

Живот обычной конфигурации, симметричен, равномерно участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Видимое локальное или общее мышечное напряжение не определяется. Варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. При глубокой пальпации: пальпируется слепая кишка
, восходящая ободочная кишка в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 1,5-2,0 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость и газ в брюшной полости не
определяется. При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

Status lokalis.

Повязки чистые, сухие.

Лапаротомическая послеоперационная рана чистая, сухая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы состоятельны.

Колостома функционирует нормально. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, неотечна, кожа вокруг колостомы неотечна.

При глубокой пальпации в правой подвздошно-паховой области пальпируется слепая кишка ввиде тяжа шириной 1,5 см,урчит, безболезненная. В правой боковой области живота пальпируется восходящая ободочная кишка ввиде тяжа шириной 1,5-2 см, урчит, безболезненная.

В левой подвздошной и боковой областях нисходящая ободочнач кишка и сигмовидная кишка не пальпируются.

Аускультация: перистальтика вялая, тихая.

Лечение получает.

**Этапный эпикриз.**

Больная ФИО , поступила в УКБСМП в
20.00 28.11.2006 с жалобами на интенсивные боли в
эпигастральной области схваткообразного характера, которые не проходили, тошноту, рвоту, задержку стула и газов
. Отмечала общую слабость, недомогание„
небольшое повышение температуры (до 37.3). Боли носили постоянный
характер, интенсивные, не иррадиировали. Больная находится на стационарном лечении с 28.11 по 11.12 с диагнозом опухоль селезеночного угла, осложненная острой кишечной непроходимостью.

28.11.2006 в 21.30 была произведена операция- Лапаротомия, левосторонняя гемиколонэктомия, наложение трансверзостомы. Санация, дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекает oбез осложнений.

Больная получает
консервативное лечение
.

В настоящее время состояние больной
удовлетворительное. Швы сняты на 8 сутки. Рана заживает первичным
натяжением.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Рекомендовано после выписки: наблюдение у хирурга, онколога по месту жительства, ограничение
тяжелой физической нагрузки на 1-2 месяца, соблюдать диету, рекомендуются клизмы в прямую кишку малым количеством теплой воды для восстановления тонуса мышц прямой кишки.