Фамилия: .................x

Имя: ..........................x

Отчество: ..............x

Возраст: .......................71 лет

Пол: ..........................женский

Семейное положение:. вдова

Место работы: .....пенсионер

Профессия до выхода на пенсию:

Инвалидность: .................нет

Домашний адрес: ....Липецкая Область

Время поступления в клинику:

Клинический диагноз: Рак мочевого пузыря, атрофический гастрит, хронический панкреатит, поликистоз поджелудочной железы, опухоль слепой кишки, лейомиома в области малой кривизны желудка, эмфизема лёгких, спаечная болезнь 2 - ой степени.

**Жалобы больной при поступлении в клинику:**

Обратилась в клинику с жалобами:

1. На интенсивные режущие боли в правой подвздошной области (вплоть до нарушения сна), иррадиирующие в поясницу, возникающие ночью спустя 3 - 4 часа после плотного ужина, провоцирующиеся жирной, жаренной, острой и солёной пищей. Боли сопровождались резким усилением перистальтики и объёма слепой кишки. Болезненность снимается при помощи спазмолитика Но-Шпы, спустя 3 - 4 часа после перорального приёма.
2. На вздутие живота и запоры продолжительностью 2 - 3 дня, купирующиеся употреблением кефира и большого объёма холодной воды.
3. На частые мочеиспускания, появившиеся вследствие компрессии мочевого пузыря вздувшейся слепой кишкой.
4. На общую слабость, снижение работоспособности, потерю аппетита, значительное похудание (за 2 года она значительно потеряла в весе, похудев на 4 кг с 43 до 39 кг.)
5. На повышенное выпадение волос последние 6 месяцев.

**История настоящего заболевания:**

В 1995 году (в возрасте 78 лет) пациентка впервые, спустя 11 лет после резекции кист и части 12 перстной кишки (состояние относительно удовлетворительное), заметила появление описанных выше болей в области мезо и гипогастрии. Боли возникали спустя 3 - 4 часа после ужина при не соблюдении диеты. Со временем болезнь прогрессировала: с 1996 года интенсивность болей нарастала (вплоть до нарушения сна), появилось вздутие живота и резкое усиление перистальтики слепой кишки, присоединилась изжога. Вследствие вздутия слепой кишки, повысилось давление на мочевой пузырь, что проявилось частыми, иногда непроизвольными мочеиспусканиями. Течение болезни осложнилось тем, что у больной пропал аппетит, она значительно потеряла в весе. С декабря 1996 года у пациентки стала снижаться трудоспособность, повысилась утомляемость. 5 месяцев назад появились запоры. В это же время пациентке в районной больнице была произведена лапароскопия и поставлен диагноз спаечная болезнь 2 - ой степени. Пациентка была направлена на обследование в ПТК им. Василенко В.Х. С Susp. be слепой кишки. Боли, запоры, слабость прогрессируют.

**История жизни больного:**

Пациентка родилась в 1917 году.4 -тый ребёнок в семье. Возраст матери и отца на момент её рождения 29 и 39 лет соответственно. Со слов больной: мать страдала катаральным гастритом, отец—эмфиземой лёгких. Ребёнок до 2х лет вскармли­вался материнским молоком. В физическом и умственном развитии от сверст­ников не отставала, рахитом не страдала. Говорить начала рано, ходить в 10 меся­цев. В 8 лет пошла в школу. Закончила 10 классов сель­ской школы, Тимирязевскую сельскохозяйственную академию. Учиться было легко. Трудовой стаж 31 год (с 1941 года по 1972 год). Социально-бытовые условия неблагоприятные.

Менструировала с 14 до 47 лет, каждые 28 дней, по 3 дня, безболезненно. Регу­лярные menses установились в 15 лет. Климактерический период переносит легко. В анам­незе 2 родов, 2 выкидыша (1947,1950 год ), со слов пациентки, искусственного преры­вания беременности не имела. Имеет 2 детей: сын 43 лет - здоров; дочь 50 лет - гастрит, язва 12 перстной кишки (работает на вредном производстве). Со слов больной туберкулёз и гепатит группы В не переносила.

**Семейный анамнез:**

Вышла первый раз замуж в 25 лет. В 26 лет овдовела в связи с гибелью мужа в ВОВ. Второй брак в 29 лет. С 1974 года вдова. Семья из 1 человека.

Бытовые условия: Проживает в кирпичном доме с печным отоплением. Дом сухой, достаточная степень инсоляции жилых помещений. В связи с выполняемой ранее работой режим пи­тания не соблюдался. Пациентка питалась крайне нерегулярно: 2 - 3 раза в сутки. Сейчас питается регулярно (в т. ч. горячей пищей) 2 раза в сутки низкокалорийной пищей.

Режим внерабочего времени: Правила личной гигиены соблюдает. Во время ра­боты имела отпуск 30 рабочих дней. В молодые годы увлекалась лыжным спортом, однако, после рождением ребёнка спортом и физкультурой больше не занималась.

Имела ненормированную продолжительность трудового дня (в среднем от 16 до 24 часов). Работа в основном на открытом воздухе. На пенсию вышла по возрасту (в 54 года).

Вредные привычки: по мнению пациентки, алкоголем, табаком, наркотическими, психостимулирующими и др. веществами не злоупотребляет. Есть ссылка на чрезмерное употребление кофе: с 1984 по 1995 годы ежедневно с утра по 1 чашке.

**Перенесённые заболевания:**

Удалось установить: в 1925 году (в возрасте 8 лет) перенесла корь и скарлатину. Простудными заболеваниями страдала редко (ОРВИ, ОРЗ, Грипп). С 1947 года(30 лет) страдает хроническим атрофическим гастритом, который развился сразу после родов. Клинически манифестировал снижением аппетита, тянущими, а затем режущими болями в гипогастрии. Запоров и поносов не было. Обострение гастрита возникало при нерегулярном питании, употреблении острой и жирной пищи. Проходила в 1947 году лечение стационарно. Получала медикаментозное лечение. В 1952 году после простудного заболевания развился радикулит, проявляющийся болями в пояснице, иррадиирующими на нижние конечности до пяток включительно, приводящими к обездвиживанию конечности. С 1965 г. присоединились летучие суставные боли, появляющиеся при простудных заболеваниях. В 1975 году у пациентки развился эндемический зоб (Регион где проживает больная не благополучен по содержанию (йода) в воде и пищевых продуктах). Вылечилась приемом внутрь в течении 1 месяца 5 % раствора спиртовой настойки йода. С 1977 года при психоэмоциональном напряжении появились сжимающие боли в области сердца длительностью до 5 минут, сопровождающиеся затруднением дыхания. Со слов пациентки, этиология болей - невроз. Купировались боли валидолом. В этот же отрезок времени у пациентки развилась гипотензия: А/Д. = 90/60 мм. рт. ст., которая отмечалась как и при умеренной двигательной активности, так и при переходе из горизонтального положения в вертикальное, с эпизодами потери сознания (в 1993 году при потере сознания получила сотрясение мозга и была госпитализирована на 1 неделю.) . 1981 год - катаракта правого глаза.(65 лет) В 1983 году удаление катаракты. Принимала лечение OFTAN - CATACHROM (Leiras Oy), витаминными препаратами, но 1992 году потеряла зрение на правый глаз. в 1983 году в связи с неприятными ощущениями в абдоминальной области (тянущие боли) при аутопальпации обнаружила у себя в эпигастрии плотное крупное бугристое образование, которое особенно хорошо прощупывалось на голодный желудок. Образование, по словам больной, при пальпации пульсировало, перемещалось под пальцами в разных направлениях, вызывало тупую боль. При обращении в клинику ПТК им. Василенко В. Х. ММА им. Сеченова И.М. образование было диагносцированно как множественные кисты поджелудочной железы. В 1984 году оперировалась в Факультетской Хирургической Клинике ММА им. Сеченова И. М. По этому поводу (67 лет). После удаления головки панкреас с кистами выздоровление проходило медленно, развился хронический панкреатит, в течение 11 лет состояние было относительно удовлетворительным, из пищевого рациона были исключены молочные продукты. Предписано лечение Фесталом, Панзинормом, Энзисталом, Но-Шпой. Сохранились слабые боли. С 1995 года частые рецидивы Herpes Labialis, вызываемые Вирусом Простого Герпеса Первого типа (ВПГ - 1), который персистирует в тройничном ганглии. Рецидив начинается с сильной головной боли, сопровождается повышением температуры до 37,5 °С . Продолжительность рецидива 5 - 7 дней. В лечебных целях в период обострения пациентка наносит на пораженные кожные покровы Unguenti Hydrocortisoni. Гепатитом и туберкулёзом пациентка не болела.

**Аллергологический анамнез:**

Со слов пациентки, аллергических реакций, в т. ч. на антибиотики не имела.

**Наследственность:**

Мать страдала катаральным гастритом. Смерть от болезни ЖКТ в возрасте 62 лет. Отцу был поставлен диагноз ‑ эмфизема лёгких. Умер в 70 лет от болезни лёгочной системы. Сёстры пациентки скончались в возрасте 60,62,72 ух лет в связи с соматическими заболеваниями. (Учитывая возраст пациентки, точную причину смерти родственников выяснить не удалось). В анамнезе не выявлено психических, эндокринных заболеваний,а также новообразований, туберкулёза, алкоголизма.

**Приложение №1.**

**1 ➊**1 **□**2

**+62 +70**

**2 🔾**1 **🔾**2 **🔾**3 **🞊4 □ +57 □**5 **+22**

**+60 +62 +72**

**3 🔾 □**1 **➊**2 **□ ∩ ∩**

**43 50**

**4 □**1 **🔾**2 **➊**1

**24 22 20**

**Условные обозначения: 🔾 - здоровая женщина; ➊- больная женщина; 🞊- пробанд женщина;;
-здоровый мужчина; ◼-больной мужчина;**

**🞕- пробанд мужчина; ⊥медицинский аборт; ∩ - выкидыш; + - умер.**

**ОБЪЕКТИВНОЕ/ФИЗИЧЕСКОЕ/ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

**Настоящее состояние больного:**

Общее состояние: средней тяжести.

Сознание: ясное.

Положение больного: ортопное. (при горизонтальном положении тела отмечает головокружение).

Выражение лица больного: спокойное.

Телосложение: астеническое.

Рост: 150 см.

Масса тела: 39 кг.

Состояние психики: не изменена

**Кожные покровы:**

Окраска кожных покровов: бледно-розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Кожные покровы сухие, тургор кожи и эластичность резко снижены. Слизистые чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. По всему телу обнаруживаются пятна гиперпигментации (,,старческая гречка"). Белый дермографизм. Наблюдаются «капли росы» (на уровне грудино-ключичного сочленения, в средней трети предплечья, вокруг пупка (обильно) ). Патологической потливости отмечено не было. Волосяной покров - развит нормально. Оволосение по женскому типу. Больная пожаловалась на повышенное выпадение волос в течение последних 6 месяцев. Ногти - норма. Грибкового поражения не отмечено. Конъюнктива глаз бледная.

При осмотре глаз и век выявлен midriasis правого зрачка.

Послеоперационные рубцы: обнаружен шов, проходящий по передней срединной линии от мечевидного отростка, до лонного сочленения - след лапаротомии. Обнаруживаются рубцы от лапароскопии: первый - на 2,5 см левее пупка, второй - на линии umbilicalis в наружной её трети. На левом фланге живота наблюдается рубец от катетера.

**Подкожная жировая клетчатка:**

Развита очень слабо(толщина кожной складки на уровне пупка 0,4 см). Элементы кахексии.

Отёков не выявлено.

**Лимфатическая система:**

Подчелюстные лимфоузлы несколько увеличены: размером с горошину Пальпируются паховые лимфатические узлы, бобовидной формы. Л/узлы безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и другими органами. Околоушные, шейные, ярёмные, затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые лимфоузлы - не пальпируются.

**Мышечная система:**

Жалобы на быструю мышечную утомляемость - вынуждена останавливаться на 5-ой ступеньке. Развита слабо, тонус пониженный, при пальпации болезненности нет. Мышцы атрофичны. Мышечная сила низкая.

**Костная система:**

Визуализируется деформация в области левого лучезапястного сустава - след перелома; Выявлен кифоз грудного отдела позвоночного столба. При исследовании костей черепа, грудной клетки, таза позвоночника, нижних конечностей деформаций и болезненности при поколачивании и ощупывании нет, в следствии кахектичности, хорошо виден рельеф костей скелета.

**Суставы:**

Визуализируется деформация в области левого лучезапястного сустава; изменена его конфигурация. Остальные суставы нормальной конфигурации. Цвет кожных покровов над суставами не изменён, при пальпации припухлости, болезненности, изменения околосуставных тканей не отмечено. Объём движений в них сохранён в полной мере. хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Выявлены жалобы на летучие боли, появляющиеся вслед за простудным заболеванием.

**Таблица № 1. «Окружность симметричных суставов».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Суставы:*** | ***Правый (см)*** | ***Левый (см)*** |
| ***1.*** | Плечевые | 29 | 28 |
| ***2.*** | Локтевые | 22 | 21 |
| ***3.*** | Лучезапястные | 16 | 16 |
| ***4.*** | Коленные | 32 | 30 |
| ***5.*** | Галеностопные | 25 | 24 |

**Органы зрения:**

Зрачок правого глаза максимально делятирован. Зрение на правом глазу отсутствует. Левый глаз - развитие катаракты.

**СИСТЕМА ДЫХАНИЯ:**

Жалобы. Пациентка жалоб на боли в грудной клетке не предъявляет. При физической нагрузке (поднятие половины ведра воды) появляется экспираторная отдышка. Удушье отмечает во время приступов боли в сердце.

Дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов не выявлено. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранно. При пальпации и поколачивании в местах проекции гайморовых и лобных пазух, у корня носа болезненность отсутствует. Дыхание в гортани сохранено, жалоб нет. Голос чистый, тихий. При ощупывании в области гортани болезненности не наблюдается.

Форма грудной клетки паралитическая. Кифоз грудного отдела позвоночного столба. Асимметрии нет, движение обеих половин грудной клетки синхронно, без отставания. Лопатки несколько отстают от грудной клетки кзади. Угол правой лопатки ниже угла левой на 4 см, при дыхании лопатки смещаются асинхронно: правая запаздывает. Ключицы на одном уровне. Над- и подключичные пространства втянуты, межреберные промежутки одинаково сильно выражены. В акте дыхания активно участвуют мышцы живота. Смешанный тип дыхания. При осмотре одышка не отмечается. Частота дыхания - 17 в минуту в покое. После 5 наклонов частота дыхания - 23 дыхательное движение в минуту. Ритм дыхания в покое правильный.

Окружность грудной клетки на уровне угла левой лопатки (угол правой лопатки ниже угла левой на 4 см)и IV-х ребер спереди : при спокойном дыхании -73,5 см, при максимальном вдохе - 79,5 см, при максимальном выдохе -71 см. Максимальная экскурсия грудной клетки - 8,5 см

Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание ослаблено сзади в межлопаточной области областисправа от срединной линии. Отмечается повышенная резистентность грудной клетки.

Перкуссия

сравнительная: отмечается выраженный коробочный звук над всей грудной клеткой, причем наблюдается некоторое ослабление звука спереди в 1-ом и 2-ом межреберье слева. Перкуссия позволяет поставить диагноз эмфизема.

топографическая:

**Таблица № 2.и «Границы лёгких и подвижность легочных краёв».**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| верхняя граница | слева | справа |
| **спереди** | **3 , 5 см** | **4 , 5 см** |
| **сзади** | **на уровне VII шейного позвонка** | |
| **ширина поля Кренига** | **5 см** | **5 см** |

Нижние границы легкого и подвижность нижнего края не удается определить, т.к. из-за лапароскопии, проведенной в декабре 1996 года в забрюшинном пространстве имеется остаточный воздух.

Аускультация легких. Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Побочные шумы: временами спереди над верхней третью легких локально определяется ателектатическая крепитация. Другие побочные шумы не выслушиваются. Двустороннее ослабление бронхофонии.

**СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:**

Жалобы. Отдышка появляется при небольшом физическом напряжении (поднятие 5 л воды). При эмоциональных нагрузках возникают приступы сжимающей, давящей боли в области сердца. В этот момент больная ощущает удушье. Приступ может продолжаться до 5 мин. и купируется валидолом. Впервые приступы появились в возрасте около 50 лет и поданному поводу к врачу не обращалась. Всегда было низкое давление: 90/60. Пациентку беспокоят частые головокружения, особенно при переходе из горизонтального положения в вертикальное и наоборот(лёгкая форма ортостатической гипотензии). Иногда, в основном при простудах, бывают головные боли. Постоянная зябкость стоп и кистей и похолодание. В последнее время постоянно ощущает слабость. Жалоб на отеки, ощущение пульсации в какой-либо области тела нет. Постоянно ощущает слабость. При перкуссии селезёнка не определяется, т. к . была произведена лапароскопия.

Осмотр и пальпация. Положение ортопное. Осмотр проводился при естественном освещении. Цианоз и иктеричность не наблюдаются. Конъюнктива глаз бледная. Слизистые чистые, склеры и уздечка языка свободны от желтушного прокрашивания. Форма ногтей и концевых фаланг пальцев рук не изменена. Отеки не наблюдаются. Видна пульсация правой и левой сонных артерий, совпадающая с верхушечным толчком. Видна передаточная пульсация яремных вен. Сосуды шеи не изменены.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется над V-ым ребром по левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, немного усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом ,,кошачьего мурлыканья" не определяются.

Наблюдается ретростернальная пульсация.

Наблюдается и пальпируется пульсация брюшной аорты в эпигастральной области.

Перкуссия сердца.

***Границы относительной тупости сердца.***

*Правая* - по правому краю грудины в IV-ом межреберье;

*Левая* - на уровне V ребра, по левой среднеключичной линии;

*Верхняя* - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

*Поперечный размер* относительной тупости сердца - 1,7 + 7,5= 9,2 см.

Конфигурация сердца нормальная.

***Границы абсолютной тупости сердца.***

*Правая* - левый край грудины;

*Левая -* 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии;

*Верхняя -* на уровне IV ребра;

*Поперечный размер* относительной тупости сердца - 5 см.

***Сосудистый пучок.***

Поперечник сосудистого пучка во II-ом межреберье с обеих сторон грудины 3,4 см.

Дуга аорты не восстоит над углом грудины.

Аускультация. І тон нормальной звучности. Акцент II тона на аорте. Частота сердечных сокращений 54 удара/мин. Экстрасистолическая аритмия. Экстрасистолия с частотой 9-10 в минуту. Шумов нет.

Исследование сосудов. Видна пульсация правой и левой сонных артерий, совпадающая с верхушечным толчком. Сосуды шеи не изменены. Наблюдается ретростернальная пульсация. Капиллярный пульс не определяется. Симптом Попова-Савельева отрицательный.. Видна и пальпируется пульсация брюшной части аорты в эпигастрии. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. На задней большеберцовой и тыльной артерии стопы ощущается слабая пульсация артерий. Симптомы жгута, щипка отрицательные.

Капиллярный пульс не определяется. Симптом Попова-Савельева отрицательный. Ритм неправильный - экстрасистолическая аритмия. Частота сердечных сокращений 56 удара/мин. Дефицит пульса отсутствует. Пульс полный, ненапряженный, величина немного снижена. Форма (скорость) пульса не изменена.

При аускультации сонной, подключичной, плечевой и бедренной артерии, а также брюшной части аорты в эпигастрии патологических изменений не обнаружено.

Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. на верхней конечности и 130/70 на нижней.

Подкожные вены хорошо видны на всей поверхности тела. На шее видна передаточная пульсация яремных вен. На внутренней поверхности правого и левого предплечья видны извитые подкожные вены, немного расширены с мягкими стенками. Изменение других видимых подкожных вен при осмотре не определяется. При осмотре венный пульс не определяется. Пальпация вен безболезненна. При аускультации вен патологических изменений не обнаружено.

Скорость кровотока не измерялась.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

Жалобы : пациентка высказывает жалобы на частые ночные вздутия слепой кишки, тяжесть в нижней части живота справа, на режущие, давящие, распирающие боли, появившиеся около года назад. Боли возникали после плотного ужина, приема соленой, острой, жирной и жареной пищи(не соблюдении диеты). По словам больной, эти боли являются причиной нарушения сна, а вздутие слепой кишки, оказывающей давление на мочевой пузырь, вызывает позывы к частому мочеиспусканию. Пациентка жалуется на плохой аппетит, в течение 5 месяцев беспокоят запоры, длящиеся по 2-3 дня, послабляющий эффект оказывает прием стакана холодной воды. Боли, запоры и общая слабость прогрессируют. Два года назад больная перенесла нервный стресс, после которого, по ее словам, за два года потеряла 11 кг, похудев с 43 до 39 кг.

Рвоты, отрыжки не бывает. Тошнота через час после употребления жирной, острой, жареной пищи. Раньше была сильная изжога, но теперь при соблюдении диеты не отмечается. Часто отмечает чувство горечи во рту, сухость. Не чувствует в течение последних шести месяцев вкус пищи : всё кажется пресным и невкусным. Слюнотечения не бывает. Жидкости пьет мало. Стул приблизительно 1 раз в день. Кал представлен узкими полосками, лентовидный, имеет красноватый цвет. Акт дефекации осуществляется при больших усилиях. Газы очень плохо отходят.

Исследование органов пищеварения. Язык розовый, нормальной формы и величины, спинка языка обложена, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Удалены все резцы. Дёсны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, не отечный, чуть красноватый, миндалены не увеличены.

Осмотр зубов:

|  |  |
| --- | --- |
| **0 К К 0 ПР 0 ПР** | **ПР ПР ПР 5 6 0 0** |
| **0 ПР К 4 0 К ПР** | **0 К К К К 0 0** |

ПР - протез

Запах изо рта.

**Исследование живота.**

При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника, слышна пульсация брюшного отдела аорты.

Живот умеренно вздут, в правой подвздошной области напряжён. При поверхностно - ориентировочной пальпации болезненности не отмечено. Наблюдается пульсация в эпигастрии: в связи с кахексичностью пациентки, очевидно разновидность физиологической нормы (пульсация брюшной части аорты). Наблюдается диастаз прямых мышц живота. Окружность живота на уровне пупка 60 см.

При сравнительной перкуссии ярко выражен кишечный тимпанит в левой части живота, справа же укорочение перкуторного звука. Грыж нет. Коллатерали на передней и боковых поверхностях живота не выражены.

При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Синдром Менделя «-» . Симптом Щёкина - Блюмберга «-». Зон гипералгезии нет. При скользящей пальпации по Образцову - Стражешко пальпируется сигмовидная кишка: плотной консистенции, перистальтирующая, диаметром около 1,6 см. При пальпации слепой кишки отмечается умеренная болезненность. В средней её трети пальпируется плотное образование размерами приблизительно 3,2 на 2,5 см. Поперечная ободочная кишка напряжена, плотной консистенции, лежит на 4 см ниже уровня пупка. Диаметром 2 см. При пальпации все отделы кишечника урчат под руками пальпирующего врача, кроме слепой кишки. Терминальные отделы тонкой кишки не пальпируются. Поперечная и нисходящая ободочные кишки не подвижны. Последняя диаметром 2,5 см; урчит.

Границы желудка при перкуссии и стетоакустической пальпации не определяются в связи с поликистозом поджелудочной железы и проведённой лапароскопией.

Исследование печени и желчного пузыря:

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.

**Таблица № 3. «Границы печени».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ЛИНИИ** | **ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА** | **НИЖНЯЯ ГРАНИЦА** | **ВЫСОТА ПЕЧЁНОЧНОЙ ТУПОСТИ** |
| Передне - подмышечная правая | VІІ ребро | X ребро | 11,5см |
| Средне - ключичная правая | VІ ребро | край реберной  дуги | 10см |
| Окологрудинная правая | 7 ребро | ребёрная дуга |  |
| Передняя срединная | на уровне  верхнего края  VІ ребра | ⎯ | ⎯ |
| **Граница левой доли** | на левой окологрудинной по  краю реберной дуги | | косой размер  (по Курлову )  7,5 см |

Nota Bene ! В связи с проведённой лапароскопией в брюшной полости присутствует остаточный воздух. По этой причине определить остальные границы печени не представляется возможным.

Печень пальпируется на 1см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), нижний край печени плотный, ровный, закругленный, с гладкой поверхностью, безболезненный.

Нижняя граница желудка при перкуссии не определяется в связи с метеоризмом. Методом глубокой пальпации определить границу не удается. Методом перкуторной пальпации по Образцову также не удалось определить (пить воду больная отказалась). При стетоакустической пальпации граница желудка определяется на уровне пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Шум плеска справа от срединной линии (симптом Василенко) не определяется

***Исследование селезенки***

При перкуссии (по методу Образцова)по линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены следующие границы селезеночной тупости:

верхняя граница - на уровне ІX ребра,

нижняя граница - на уровне XІ ребра.

Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

Размеры селезеночной тупости:

поперечник - 5,8 см,

длинник - 7,5 см.

Селезенка не пальпируется.

***Исследование поджелудочной железы.***

В области поджелудочной железы пальпируется плотное бугристое образование цилиндрической формы, размером примерно 7х3 см, расположенное горизонтально. При пальпации болезненность в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не наблюдается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

Приаускультации живота определяется активная перистальтика кишечника (урчание), слышна пульсация (систолический шум) брюшного отдела аорты в эпигастрии. Шум трения брюшины не выслушивается.

**СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:**

Жалобы. Пациентка жалуется на частые ложные позывы к мочеиспусканию в момент вздутия слепой кишки. Цвет мочи темнеет при простудных заболеваниях. Других жалоб нет. Мочеиспускание свободно, прерывистой струей. Заболеваниями мочевыделительной системы, по словам больной, не страдала.

При осмотре области почек патологических изменений не выявлено.

*Исследование почек.* Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Удалось пропальпировать в горизонтальном положении нижний полюс правой и левой почки: примерно на одном уровне. Консистенция нижних полюсов почек мягко эластичная, поверхность гладкая. Отмечена болезненность при пальпации правой почки.

*Мочевой пузырь* перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

Жалобы. В 1980 г. слева на шее нащупала уплотнение, которое в Лебедянской городской больнице было диагностировано, как эндемический зоб. В это же время пациентка отметила повышенную раздражительность. Больная лечилась самостоятельно: по утрам в течении месяца принимала стакан молока с добавлением 4-х капель 5 % спиртовой настойки йода (никаких побочных эффектов при этом не наблюдала). Пациентка считает, что таким образом она полностью излечилась, т.к. уплотнение на шее исчезло .

При *осмотре* передней поверхности шеи изменений не отмечается.

Щитовидная железа неувеличена.Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VІІ шейного позвонка сзади - 29 см .При перкуссии и аускультации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

Симптомы Мебиуса, Грефе, Штельвага, Дальримпля, Кохера - отрицательные, мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается .

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:**

по словам пациентки, головные боли чаще связаны с простудными заболеваниями, а также с нервным перенапряжением, но могут носить самостоятельный характер. Боли чаще возникают вечером. Пациентку беспокоят частые головокружения, особенно при переходе из горизонтального положения в вертикальное и наоборот. В 1995 г. при очередном приступе головокружения больная упала на улице и получила сотрясение мозга. На 1 неделю была госпитализирована. За последний год работоспособность резко упала. Быстрая утомляемость. С людьми общается легко. сон нарушен в следствии болей из-за вздутия кишечника и вызванных этим позывов к мочеиспусканию. Интеллект соответствует уровню развития. Нарушения памяти, внимания не отмечено. Настроение ровное, пациентка адекватно реагирует на все, что ее окружает.

**План обследования:**

В связи с подозрением на опухоль слепой кишки, возможность ее метастазов в печень, регионарные лимфатические узлы, кости, проростание в окружающие ткани и органы, железодефицитную анемию, определения причины дизурических явлений, динамики прогрессирования имеющейся патологии поджелудочной железы и желудка, спаечной болезни, для определения степени сердечно-сосудистой недостаточности, атеросклероза, эмфизему легких, наличие остаточного воздуха вбрюшной полости после лапороскопии, необходимо провести обследование по следующему плану :

1. Лабораторные исследования:

-определить группу крови по системе АВ0, резус принадлежность

-проверить кровь на сахар, ,

-Общий анализ крови

-лейкоцитарная формула

-биохимия крови : активность ферментов крови (щелочная фосфотаз , ЛДГ,

γ-ГТП, липаза, амилаза,α-фетопротеи),

белки, белковые фракции (электрофорез на бумаге)

диспротеинемические тесты

содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови

исследование с онкомаркерами СЕА, СА 19-9

определить уровень канцироэмбрионального АГ

минеральный обмен в крови (железо, медь, неорганический фосфор сыворотки).

липидные компоненты пазмы крови

содержание Т- и В-лимфоцитов в плазме крови

-общее исследование мочи, по м. Ничипоренко, провести пробу Зимницкого

-копрологическое исследование

1. **Инструментальные методы:**

ЭКГ

УЗИ органов грудной, брюшной полости и малого таза

рентгеноскопия органов грудной, брюшной полости и малого таза

рентгенография органов грудной, брюшной полости и малого таза

КТ органов грудной, брюшной полости и малого таза

ирригоскопия

колоноскопия

гастроскопия, гастроскопическая биопсия

радионуклидная сцинтиграфия костей скелета

доплерография кровеносных сосудов, ангиокардиографию, реоэнцефалографию

урография

**3. Осмотр и консультация следующих врачей:**

стоматолога (санация ротовой полости, осмотр )

офтальмолога

невропатолога

хирурга

гинеколога

уролога

**Дополнительные методы исследования:**

Больной проведены следующие исследования:

Ультразвуковое исследование. Заключение: от 15 апреля 1997 г

Печень, селезёнка - норма. Поджелудочная железа маленькая, с неровными контурами. В области тела виден умеренно расширенный панкреатический проток. На границе тела и головки расположена киста 13 на 15 мм с чёткими контурами и гомогенным содержимым. В хвосте одна за другой расположены не менее 4-х кист от 16 до 21 мм. Эхогенность структуры хвоста железы повышена неравномерно.

При исследовании по ходу ободочной кишки выявляется неровное утолщение

стенки до 11см на протяжении 69см. Изменения могут быть связаны со спаечным процессом. Аорта - 10мм, внутренний контур не ровный - проявления атеросклероза. Почки опущены. Паренхима правой - 10см, левой - 8см. Преобладание чашечно-лоханочной системы.

Рентгеновская томография. Заключение: от 15 апреля 1997 года.

Печень не увеличена, с чёткими контурами, сосудистый рисунок усилен, структура печени неоднородная, без видимых очагов патологической плотности. Поджелудочная железа истончена, визуализируется множество кист, расположенных диффузно, размерами от 0,15 до 1,9 см. Тотальное изменение паренхимы. Селезёнка - норма. В брыжейке, в воротах печени, парааортальной, паракавальной зонах - множество лимфоузлов размером до 0,7 см (верхняя граница нормы).

Ирригоскопия: от 30 апреля 1997г. при заполнении толстой кишки контрастной смесью определяется обширный дефект наполнения в области восходящей кишки и печёночной кривизны. Опорожнение толстой кишки неравномерное, из-за чего рельеф слизистой виден плохо и раздувание воздухом затруднено.

Заключение: обширная неоплазма правых отделов толстой кишки.

Гастроскопия: от 07мая 1997 года слизистая желудка истончена, в области малой кривизны визуализируется образование размерами 1,5 на 2 см. Произведена биопсия - опухоль - лейомиома.

Гинеколог: 14 апреля 19997 года. Яичники не увеличены. Скудные выделения из влагалища.

Уролог: 15 апреля 19997. года цистоцеле, нефросклероз, двусторонний нефроптоз.

30 апреля 1997г. Заключение хирурга

При динамическом наблюдении и обследовании больной выявлена опухоль восходящей кишки и печеночного угла. При компьютерной томографии - метастазов в печень нет.

Показано хирург. вмешательство и перевод в ФХК ММА им. Сеченова И.М.

15апреля 1997 г. Электрокардиограмма

ЭКГ от 11/04/1997 года..

отв. RR=0.84 сек

ЧСС=71/мин

Р= 0,01 сек амплитуда 2 мм

PQ = 0.14 Norma

QRS =0.08 Norma амплитуда 10 мм

QT =0.36 Norma

интервал внутреннего отклонения:

V1=0.03 сек

V6=0.05 сек

В грудных отведениях наблюдается орицательный зубец Т, что может свидетельствовать об ишемических повреждениях миокарда в боковой стенке и верхушке сердца(в субэндокарде)

Ритм синусовый правильный, отрицательный зубец Т ,нарушение проводимости не отмечено.Нарушение возбуждения: в грудных отведениях единичные экстрасистолы Вертикальное положение ЭОС. Изменения в боковой стенке и верхушке.

Экстрасистолия.

16 апреля 1997г Рентгеноскопия органов грудной полости. Заключение:

Легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых изменений. Увеличение левого желудочка, срединное положение сердца. Тень аорты усилена, удлинена. При обзорной р-скопии и р-графии в брюшной полости обнаружено скопление воздуха под диафрагмой с обеих сторон.

**Лабораторная диагностика:**

Межклиническая иммунологическая лаборатория ММА им. Сеченова И. М.

HBS отрицательный

Иммуноглобулины:

**Таблица № 4 « Лабораторные методы исследования».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Иммуноглобулины:** | **анализ от 11. 04. 1997 года** | **анализ от 29. 04. 1997 года** | **Норма** |
| **Ig A** | **210** | **205** | **Norma** |
| **Ig M** | **295** | **252** | **55 - 141** |
| **Ig G** | **800** | **1450** | **Norma** |

Онкомаркёры:

СЕА 35 μг/мл (N = 1 - 10)

СА 19-9 нет реактивов.

11.04.1997 Биохимия крови

результаты норма

Общий белок 6.3 г% 6 г%

альбумин 4.0 г % 4 -5 г%

не органич. фосфор 4.4 г% 2.5 г%

Глюкоза 101мг% 80 мг%

Общ. билирубин 0.6 мг% 1 мг%

Прямой билирубин 0.2 мг% 0.0 мг%

65мкг%

Снижено содержание сыворотки

Белковые фракции (Электрофорез на бумаге):

Белок фракции альбуминов 51,6% (N=54-62)

α глобулины 4.2 %

2 11,6 (N=7,4 - 11,2).

β 12.4%

γ 10.8%

Снижен альбумин. Повышенный 2 свидетельствует о воспалительном процессе

11апреля 1997 г. Общий анализ крови:

Гемоглобин - 11,6 г % СИ: 116 г / л

12

Эритроциты 4,5 млн в 1 мкл 4,5х10 / л

Цветной показатель 0,77 (N=0,85).

9 3

Лейкоциты 5,2х10 / л Объем эритроцита 91мкм (нормоцитарная)

9

Тромбоциты 146х10 / л Абсол. сод. гемоглобина в эритроците 23пг

(27 -33,3пг )

Ретикулоциты 0,7 Относит. сод. гемоглобина в эритроците 28%

(30 -38% )

Гематокрит : 41

СОЕ=37 мм/ч (N=15 мм/ч)

Железодефицитная анемия (гипохромная)

тромбоцитопения возможна на фоне железодефицитной анемии. СОЭ видимо снижена. за счет возможного воспалительного процесса.

Лейкоцитарная формула.

Нейтрофилы : палочкоядерные 1%

сегментоядерные 66%

Лимфоциты 25%

Моноциты 7%

Эозинофилы 1%

Базофилы 1%

Отклонений от нормы не выявлено.

11.04.1997 Кровь на отрицательная.

11.04.1997 Исследование крови :

резус принадлежность

17.04.1997г. Активность ферментов крови

АСТ 12 ед АЛТ 5 ед

γГТП 12 ме Х э 2123 ме

Амилаза 14 мг/мл ч норма 12-32мг/мл ч

Липаза -

ингибитор трипсина 465 МЕ 300-600 МЕ

11.04.1997Исследование кала

цвет норма соединит.тк. –

форма оформлен клетчатка переваренная +

реакция на лакмус + непереваренная +

реакция на кровь + йодофильная флора

реакция на стеркобилин + лейкоциты не найдены

слизь немного яйца глистов не найдены

крахмал -- простейшие не найдены

нейтр. жиры –

жирн. кислоты –

Мышечные волокна, сохранившие поперечную структуру +

Мышечные волокна, потерявшие поперечную структуру +

Мыла ++

Склонность к креаторее, стеаторея (см ферментативную недостаточность поджелудочной), кровь(см скрытые кровотеч.).

14.04.1997г. Исследование мочи:

Количество 50 мл.

цвет сол.жел.

РН 6

прозрачность полная

Удельный вес: 1020 - Norma Эритроциты ед. в п./ зр.

Сахар отсутствует - Norma цилиндры гиалиновые отсут.

Ацетон отсутствует - Norma цилиндры зернистые - отсут.

Желчные пигменты отриц.

Уробилин - Norma

Уробилин - Norma

Белок 0,050 грамм%

Плоский эпителий много

Лейкоциты 15-20 в поле зрения..

Слизь много

Лейкоцитурия. Протеинурия.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основное заболевание:**

Susp. Be слепой кишки.

**Осложнения основного заболевания:**

Запоры, астенический синдром, железодефицитная анемия, лейкоцитоз, кахексия, дизурические явления.

**Сопутствующие заболевания:**

Хронический атрофический гастрит, хронический панкреатит, радикулит, катаракта левого глаза, спаечная болезнь 2 - ой степени, поликистоз поджелудочной железы, рецидивирующий Herpes Labialis, атеросклероз, эмфизема легких, нефросклероз, двусторонний нефроптоз, леомиома, локализующаяся на малой кривизне желудка.

**Обоснование диагноза:**

О наличии опухоли слепой кишки свидетельствуют как физикальные, так и дополнительные методы исследования: при пальпации опухоль определяется в гипогастрии справа, размерами приблизительно 3 на 2,5 см. , благодаря её наличию у пациентки развились запоры, которые при прогрессировании болезни могут привести к полной кишечной непроходимости. Частые непроизвольные мочеиспускания патогномоничны для опухолей кишечника, мочевого пузыря, внутренних женских половых органов (неоплазмы оказывают компрессионное воздействие на мочевой пузырь). Лейкоцитоз, увеличение лимфоузлов в брыжейке, в воротах печени, парааортальной и паракавальной зонах, повышение иммуноглобулина М, α -2 вызывают онкологическую настороженность. О возможной злокачественности процесса свидетельствует повышенный титр онкомаркёра CEA(35 μг/мл N = 1 - 10), железодефицитная анемия (бледная конъюнктива и снижение железа , гемоглобина в крови, повышенное СОЭ, тенденция к диспротеинемии, гипоальбуминемии, наличие малых признаков Совицкого (астенический синдром: появление быстрой утомляемости без видимой причины, повышенная сонливость, потеря аппетита, снижение работоспособности, отвращение к пище, наличие субфебрильной температуры, значительная потеря в весе - 9% массы тела(дефицит массы тела - 22%);), частые рецидивы Herpes Labialis отражают иммунодепрессивное действие опухоли. Кахексия явилась причинойдвустороннего нефроптоза Анемию и окрашивание кала можно объяснить кровотечением из разрушенной стенки опухоли, растущей очевидно экзофитно в просвет кишечника.

Диагноз хронического панкреатита подтверждается данными ультразвукового исследования, компьютерной томографии (ткань п/ж тотально изменена, дистрофична). Об этом же свидетельствует и значительное уменьшение массы тела больной, вплоть до кахексичности. Это же подтверждается копрологическим исследованием(в кале обнаружены мыла ++ и мышечные волокна, как сохранные, так и потерявшие поперечную исчерченность + .

Поликистоз панкреаса выявляется при поверхностно - ориентировочной пальпации в области мезогастрии, при компьютерной топографии, У/з исследовании (обнаружено не менее 4 х кист).

При обзорной р-скопии и р-графии подтверждает скопление не рассосавшегося воздуха в брюшной полости под диафрагмой с обеих сторон, выявленного перкуссией.

Выраженный коробочный звук над всей поверхностью легких, ослабленное везикулярное дыхание, двустороннее ослабление бронхофонии, повышенная резистентность грудной клетки, повышенная прозрачность легочных полей по данным рентгеноскопии свидетельствуют о наличии эмфиземы легких.

В связи с эмфиземой легких физикальное исследование сердца затруднено. По результатам ЭКГ выявлены изменения в боковой стенке и верхушке. Отрицательный зубец Т может свидетельствовать об ишемии миокарда. По данным рентгеноскопии - гипертрофия левого желудочка. Наличие атеросклероза подтверждают следующие данные: при аускультации І тон над верхушкой приглушен, акцент II тона и систолический шум на аорте, на задней большеберцовой и тыльной артерии стопы ощущается слабая пульсация артерий, частые головокружения, слабость, усиление тени ,удлинение, не ровный внутренний контур аорты (р-скопия, р—графия, УЗИ), что является основной причиной хронической сердечно-сосудистой недостаточности 2-ой стадии и ИБС (проявляется в виде стенокардии)

По заключению уролога - нефросклероз, цистоцеле.

По данным, полученным при анализе биоптата из желудка выявлена лейомиома, развившаяся на фоне атрофического гастрита

Рекомендации:

Для определения точной локализации и границ опухоли предлагается произвести колоноскопию. Для определения злокачественности образования взять анализы на выявление увеличения уровня карциноэмбрионального антигена в сочетании с повышением содержания ЛДГ и γ-ГТП. Произвести тест на Т и В лимфоциты, на онкомаркёры СА 19-9, МСА, СА-125 для исключения возможности blastoma панкреас, матки и молочной железы. Требуется взять биопсию части 12 перстной кишки и опухоли слепой на наличие атипичных клеток, направить больную на цистографию (исключение возможности прорастания опухоли в мочевой пузырь) В связи с высокой вероятностью развития полной непроходимости кишечника рекомендуется направить пациентку в Клинику Факультетской Хирургии для срочной операции с резекцией по правилам абластики части слепой кишки и регионарных лимфатических узлов.

Необходимо определение и динамическое наблюдение за следующими показателями (до и после оперативного лечения) :

α - фетопротеин (специфичный для карциномы печени.;

- содержанием иммуноглобулинов в сыворотке крови

- проводить исследование общих тест на выявление роста содержания гаптоглобина и церулоплазмина в острй фазе, диспротеинемии (по данным электрофареза) белков сыворотки, белков острой фазы.

В связи с лейкоцитурией: при лабораторном исследовании мочи обнаружено 10 - 15 лейкоцитов в поле зрения, много клеток плоского эпителия, слизи, при осмотре гинекологом отмечены скудные выделения из влагалища, рекомендуется направить пациентку на повторный осмотр к гинекологу и урологу. Для исключения возможности урогенитальной инфекции требуется взять мазок из влагалища для определения микрофлоры. Необходима повторная консультация хирурга для коррекции плана подготовки больной к операции (дополнительные анализы и инструментальное обследование). Для коррекции содержания железа назначить парентерально (во избежании раздражающего действия на желудок) препараты гемостимулин, традиферон.

После оперативного лечения при необходимости рассмотреть возможность проведения курса лучевой терапии, назначить курс химиотерапии цитостатическими препаратами, антиметаболитами для предупреждения рецидивов опухолию. При этом необходим строжайший учет возможных побочных эффектов данного лечения в связи с опасностью озлокачествления выявленной при гастроскопии и биопсии лейомиомы желудка.

Предлагается провести исследование функцмонального состояния поджелудочной железы (сбор дуоденального содержимого)для составления адекватного медикаментозного курса терапии.

Для коррекции нарушений сна предлагается назначить больной анксиолитики (сибазон, феназепам) по 1 - 2 таблетки на ночь. Для купирования болевых ощущений рекомендуется назначить больной ненаркотические анальгетики совместно со спазмолитиками (баралгин). При увеличении интенсивности болей рассмотреть возможность применения наркотических анальгетиков(промедол).

В связи с имеющейся хронической сердечно-сосудистой недостаточности 2-ой стадии и ИБС для предупреждения приступов стенокардии и профилактики инфаркта миокарда назначить прием сердечных гликозидов, нитраты, пролонгированного действия. Необходим эмоциональный покой.

Взять анализы на липидные компоненты плазмы крови, посмотреть показатели в динамике, провестиангиографию коронарных сосудов,снять повторную ЭКГ, реоэнцефалографию и, исходя из полученных результатов, для предупреждения прогрессирования атеросклероза провести соответствующее комплексное лечение.

Назначить курс ацикловира для борьбы с герпетической инфекцией (местно наносить 5% мазь, по 2 таблетки 200 мг внутрь 5 раз в день ), назначить иммуномодуляторы, поливитамины, индукторы эндогенного интерферона (полудан).

Необходима санация ротовой полости (для предупреждения попадания в организм вторичной инфекции).

Больная нуждается в максимально возможном сбалансированном питании при химически и механически щадящей диете.

В следствии предполагаемой наследственной склонности к заболеваниям желудочно-кишечным заболеваниям рекомендуется обследование остальных членов семьи с целью профилактики и лечения.

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ:**

21 апреля 1997 года 11.15 знакомство с пациенткой. Сбор анамнеза. Состояние средней тяжести А/Д 120/80, пульс 60/мин. Пациентка предъявляет жалобы на ночные боли в правой паховой области, вздутие в области проекции слепой кишки и в связи с этим на нарушение сна. Сетует на отвращение к пище, потерю аппетита, на частые мочеиспускания, продолжительные запоры. Произведена перкуссия лёгких, измерение симметричных суставов, оценка мышечной, лимфатической, костной, нервной, эндокринной систем, осмотрены кожные покровы

29 мая 1997 года 11.15 Жалобы сохранились. А/Д 130/80, пульс 60/мин. Интенсивность болей усилилась. Состояние относительно удовлетворительное. Произведена скользящая пальпация по Образцову - Стражешко, определены границы печени.

04 мая 1997 года 13.45 Состояние пациентки улучшилось после проведённой ирригоскопии. Ночные боли сильно ослабли, запоры спустя 3 дня после проведения процедуры отсутствуют. А/Д 120/80 . Температура 37,2 С. Сбор дополнительных анамнестических данных. Произведено исследование мочевой системы. Осуществлён анализ лабораторных исследований.

12 мая 1997 года, 12.00 Состояние больной состояние больной резко ухудшилось. После гастроскопии и биопсии открылось желудочное кровотечение, упало А/д. 90/70. Температура в 36,9 С. Жалобы на упадок сил, головокружение, повышенную сонливость (нарколепсию). Кожные покровы цианотичны. Пульс 60 ударов в минуту, наполнение слабое, дыхание 16/мин, ровное.

15 мая 1997 год, 17.00. Состояние пациентки удовлетворительное. На лице легкий румянец. Жалобы на отсутствие аппетита, неглубокий, прерывистый ночной сон. Был утренний стул (характер стула не изменился). При исследовании сердечно-сосудистой системы выявлена экстрасистолическая аритмия. Давление не измерялось, температура 37,2 С. Пульс 56 ударов в минуту, наполнение в норме. По словам лечащего врача 14 мая была неудачная попытка произвести колоноскопию, что и могло повлиять на состояние сердечно-сосудистой системы.

**Литература:**

1. Федор Леонидович Гребенев

Аркадий Александрович Шептулин

«Руководство по гастроэнтерологии »

том 1, 2. Издательство «Медицина», Москва 1995

1. Воробьёв А. И.

«Руководство по онкологии»,

Издательство «Медицина», Москва 1993

1. Андрей Леонидович Гребенев

«Пропедевтика внутренних болезней» учебник, четвёртое издание.

Издательство «Медицина», Москва 1995

4) Федор Леонидович Гребенев

Аркадий Александрович Шептулин

«Непосредственное исследование больного» учебное пособие.

Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1992

1. Андрей Леонидович Гребенев

Трухманов А. С.

«Справочник основных клинических симптомов» учебное пособие

Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1991

1. Ляпон Д. О.

Васильева О.М.

«Схема клинического исследования больного» учебное пособие

Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1994, типография «Нефтяник»

1. Линденбратен Л. Д.

Королюк И.П.

«Медицинская радиология и рентгенология»

Издательство «Медицина», Москва 1993

8) Под редакцией проф. Литвицкого Петра Франциевича

«Патофизиология» курс лекций

Издательство «Медицина», Москва 1995

1. Струков Анатолий Иванович

Серов Виктор Викторович

«Патологическая анатомия» учебник 3-е издание

Издательство «Медицина», Москва 1993

1. под редакцией Серова В. В., Пальцева Михаила Александровича.

«Лекции по патологической анатомии болезней » (частный курс)

Издательство «Медицина», Москва 1996

11) Л.В.Козловская, А.Ю. Николаев

“Учебное пособие по клиническим лабораторным методам исследования”

Издательство «Медицина», Москва 1995