Московский Государственный Медико- Стоматологический Университет

# Кафедра хирургических болезней

с курсом эндохирургических технологий

Заведующий кафедрой: профессор Э.В. Луцевич

Преподаватель: ассистент А.А. Синьков

## История болезни

**Куратор:**

Дата курации: 25.05.2003

**Москва 2003 г.**

Паспортные данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О.: |  |
| Возраст: | 1928 год рождения ( 75 полных лет ) |
| Семейное положение: | замужем |
| Образование: | среднее специальное |
| Профессия, должность, место работы: | Пенсионер |
| Место жительства: |  |
| Поступила в клинику: | 10.04.2003 |
| Дата операции | 22.04.2003 |

Жалобы при поступлении:

на боль в левом эпигастрии и за грудиной, возникающие после приема пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении и при наклоне туловища вперед; на изжогу и отрыжку кислым.

Кроме того, предъявляла жалобы на боли и ограничение подвижности в коленных, голеностопных, плечевых суставах, а так же в мелких суставах костей рук.

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больной более 20 лет, когда стала отмечать вышеперечисленные жалобы. С течением времени характер их проявления нарастал. Тем не менее к врачу по их поводу не обращалась.

В феврале 2003 года находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении МСЧ №47 по поводу деформирующего полиостеоартроза, где после проведенного комплексного обследования была переведена в I хирургическое отделение для лечения в плановом порядке.

**Anamnesis vitae:**

Родилась в 1928 году в семье служащих. В детстве росла и развивалась правильно, от сверстников не отставала. Замужем, имеет 2 детей. Отмечает

наличие генетической предрасположенности к коронарному атеросклерозу.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, частые пневмонии. Вредных привычек не имеет.

Сопутствующие заболевания: деформирующий полиостеоартроз с поражением коленных, голеностопных, плечевых суставов, мелких суставов костей рук ФН 2-3 ст.; хроническая железодиффицитная анемия ( в стадию ремиссии ); артериальная гипертензия 2 ступени 1 степени; ИБС, стенокардия напряжения 2 функциональный класс, НК- 1 ст.

1986 году перенесла операцию по поводу катаракты обоих глаз.

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Status praesens:**

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Конституция нормостеническая, осанка сутуловатая, походка медленная. Рост 174 см. Вес 70 кг. tо тела 36,6. Кожа и слизистые обычного цвета. Выявляется деформация коленных, голеностопных, плечевых суставов, мелких суставов костей рук.

**Дыхательная система:**

Конституция нормостеническая, межреберные промежутки сглаженные, грудная клетка симметрична. Искривления позвоночника нет. Границы легких не изменены, перкуторный звук легочный, аускультативно определяется везикулярное дыхание над всей поверхностью легких.

**Сердечно- сосудистая система:**

Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы отсутствуют. ЧСС= 80 в 1 мин. АД 130/80.

**Система органов пищеварения:**

Язык влажный, обложен белесоватым налетом по всей поверхности. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания; мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень, желчный пузырь и селезенка не пальпируется. Размеры печени: 9-9-8 см.

**Система органов мочеотделения:**

Дизурических расстройств нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Предварительный диагноз:**

Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Коагулограмма
5. ЭКГ
6. Рентгеноконтрастное исследование пищеводно- гастрального перехода
7. Эзофагогастродуоденоскопия
8. Консультация терапевта
9. RW
10. ВИЧ

**Данные лабораторных и инструментальных методов обследования:**

#### Общий анализ крови от 10.04.03

##### Эритроциты 4,18

Гемоглобин 120

Тромбоциты 292

Лейкоциты 4,2

Палочкоядерные 3

Сегментоядерные 57

Эозинофилы 1

Лимфоциты 32

Моноциты 7

СОЭ 5

**Биохимический анализ крови от 14.04.03**

Холестерин 6,4 ммоль/л

Глюкоза 5,85 ммоль/л

Белок общ 70,4 г/л

Креатинин 172 ммоль/л

#### Коагулограмма от 11.04.03

Протромбиновое время 11,70 с.

Индекс JNR 0,90

Тромбиновое время 22,20 с

АЧТВ- 30,80 с

Фибриноген 639,0

**ЭКГ:**

Вольтаж достаточный. Ритм правильный, т.к. продолжительность интервалов R-R одинакова и разброс полученных величин не превышает +10% от средней продолжительности интервалов R-R.

ЧСС –103. Ритм синусовый. Смещение электрической оси сердца влево. Выявляется гипертрофия левого и правого желудочков.

**Эзофагогастродуоденоскопия:**

При эзофагогастродуоденоскопии выявляются признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, пищевод Баррета, гастро- эзофагальный рефлюкс.

**Рентгеноконтрастное сканирование пищеводно- гастрального перехода:**

дает клиническую картину грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III ст., а так же выявляет наличие гастро- эзофагального рефлюкса и рефлюкс эзофагита.

**Диагноз и его обоснование:**

**Диагноз**: Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагальнорефлюксная болезнь, рефлюксэзофагит.

**Обоснование**:

На основании жалоб больной на боли в эпигастральной области, возникающих после приема пищи можно заподозрить наличие патологии в системе органов пищеварения. Тот факт, что боли так же присутствуют за грудиной, может потребовать дополнительную диффиренцировку с сердечной патологией, но учитывая характерную связь этих болей с приемом пищи, а так же их усиление в горизонтальном положении и при наклоне вперед, следует предположить, что их генез скорее обусловлен патологией со стороны ЖКТ, какой именно- следует уточнить ( возможно наличием гастроэзофагального рефлюкса, возможно наличием скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы ) с помощью других методов обследования. Из анамнеза известно, что больная страдает хронической анемией, что так же может быть обусловлено патологией со стороны желудочно- кишечного тракта. Объективных данных для постановки диагноза недостаточно, так как помимо неприятных ощущений в эпигастрии при пальпации, у больной больше ничего не выявляется. После проведенных лабораторно- инструментальных методов обследования у больной удалось установить наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III ст, а так же наличие гастро- эзофагального рефлюкса и рефлюкс эзофагита.

**Планируемое лечение:**

В связи с наличием скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, для коррекции состояния больной, а так же для профилактики развития осложнений ( ущемление грыжи и др. ) планируется провести эндоскопическую коррекцию пищеводно- диафрагмального перехода.

#### Предоперационный эпикриз:

Больная Луговая Н.Н. 75 лет поступила с жалобами на боль в левом эпигастрии и за грудиной, возникающие после приема пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении и при наклоне туловища вперед, на изжогу и отрыжку кислым. Из анамнеза известно, что считает себя больной более 20 лет, когда стала отмечать вышеперечисленные жалобы. С течением времени характер их проявления нарастал. Тем не менее к врачу по их поводу не обращалась. В феврале 2003 года находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении МСЧ №47 по поводу деформирующего полиостеоартроза, где после проведенного комплексного обследования была переведена в I хирургическое отделение для лечения в плановом порядке. Сопутствующие заболевания: деформирующий полиостеоартроз с поражением коленных, голеностопных, плечевых суставов, мелких суставов костей рук ФН 2-3 ст.; хроническая железодефицитная анемия ( в стадию ремиссии ); артериальная гипертензия 2 ступени 1 степени; ИБС, стенокардия напряжения 2 функциональный класс, НК- 1 ст.

Группа крови 0 ( I ), Rh +. Планируется лапароскопическая коррекция пищеводно- желудочного перехода под общим обезболиванием. Абсолютных противопоказаний оперативному лечению нет.

**Операция от 22.04.03.**

Проведена лапароскопическая коррекция пищеводно- желудочного перехода под общим обезболиванием.

**Дневники:**

23.04.03. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски, частота дыхания 18 в 1 мин.. В легких везикулярное дыхание, проводящееся во все отделы, хрипы не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца приглушены, ЧСС 78 в 1 мин. Акт глотания не нарушен. Стула не было. Дизурические расстройства отсутствуют. Status localis: края кожи в области послеоперационного швов негиперемированны, произведена обработка швов раствором бриллиантовой зелени. Наложена марлевая повязка. Питание не получала. Жидкости per os 800 мл.

24.04.03. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски, частота дыхания 16 в 1 мин.. В легких везикулярное дыхание, проводящееся во все отделы, хрипы не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца приглушены, ЧСС 72 в 1 мин. Акт глотания не нарушен, стул был. Дизурические расстройства отсутствуют. Status localis: марлевая повязка сухая, края кожи в области послеоперационного швов негиперемированны. Произведена обработка швов раствором бриллиантовой зелени. Наложена марлевая повязка. Питание: стол №0.

**Эпикриз:**

Больная Луговая Наиля Нургорифановна поступила в клинику с жалобами на

на боль в левом эпигастрии и за грудиной, возникающие после приема пищи, усиливающиеся в горизонтальном положении и при наклоне туловища вперед; на изжогу и отрыжку кислым. Из анамнеза известно, что считает себя больной более 20 лет, когда стала отмечать вышеперечисленные жалобы. С течением времени характер их проявления нарастал. Тем не менее к врачу по их поводу не обращалась. В феврале 2003 года находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении МСЧ №47 по поводу деформирующего полиостеоартроза, где после проведенного комплексного обследования была переведена в I хирургическое отделение для лечения в плановом порядке. Сопутствующие заболевания: деформирующий полиостеоартроз с поражением коленных, голеностопных, плечевых суставов, мелких суставов костей рук ФН 2-3 ст.; хроническая железодефицитная анемия ( в стадию ремиссии ); артериальная гипертензия 2 ступени 1 степени; ИБС, стенокардия напряжения 2 функциональный класс, НК- 1 ст. Состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Проведены обследования: эзофагогастродуоденоскопия при которой

выявляются признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, пищевод Барета, гастро- эзофагальный рефлюкс, а так же рентгеноконтрастное сканирование пищеводно- гастрального перехода, дающее клиническую картину грыжи пищеводного отверстия диафрагмы III ст., а так же выявляющее гастро- эзофагального рефлюкс и рефлюкс эзофагит. Диагноз до операции: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагальнорефлюксная болезнь, рефлюксэзофагит. Проведена лапароскопическая коррекция пищеводно- желудочного перехода под общим обезболиванием. Заживление ран первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства. Рекомендовано соблюдать диету: стол №1.