Паспортная часть.

ФИО:

Возраст:

Пол:

Место жительства:

Место работы:

Дата поступления:

Дата курации:

***Жалобы.***

На момент курации жалоб не предъявляет.

***Anamnesis morbi.***

# С 18.10.2001 появилось чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжка пищей, рвота приносящая облегчение, нарастало ощущение слабости и головокружение. Одновременно появились ноющие боли в области эпигастрии преимущественно вечером и ночью. В течение 2 недель похудел на 10 кг. Самостоятельно не лечился, к врачу не обращался. Пытался употреблять пищу в жидком виде, однако чувство тяжести и рвота сохранялись.

1.10.2001 в 7 часов утра в рвоте появились примеси крови. Больной вызвал скорую помощь и с подозрением на обострение язвы 12 перстной кишки, Bl. ventriculi? был доставлен в 31 ГКБ.

С 1992 года у больного впервые выявлена язвенная болезнь 12 перстной кишки. В последующем времени отмечал периодические боли в области эпигастрии, к врачам не обращался, проводил самостоятельно курсы лечения (альмагель, викалин) в осенне-весенний период.

С момента поступления в стационар был обследован в приемном отделении (состояние средней тяжести), проведено зондирование желудка (по зонду выделилось промывные воды, остатки пищи, слизь, «кофейной гущи» нет) и с предварительным диагнозом Bl.ventriculi был госпитализирован в хирургическое отделение.

С диагностической целью 2.10.2001 произведена гастроскопия на которой было выявлено – язвенная болезнь 12 перстной кишки, грубая рубцово-язвенная деформация пилородуоденальной зоны с явлениями стенозирования. С целью энтерального питания был установлен зонд. Было назначено противоязвенное лечение (ранитидин, трихопол, викалин, тетрациклин, церукал), инфузионная терапия и питание через зонд в объеме 2800 мл. На фоне проводимого лечения состояние несколько улучшилось. В настоящее время решается вопрос об оперативном лечении.

В процессе обследования 2.10.2001 при рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлен спонтанный тотальный правосторонний пневмоторакс. 3.10.2001 с лечебной целью плевральная полость дренирована и установлена система для активной аспирации. В последующем проводился ежедневный рентгенологический контроль – отмечалась положительная динамика. На рентгенограмме от 6.10.2001 – легкие полностью расправлены, без дополнительных теней, синусы свободны. Купола диафрагмы и срединная тень без особенностей.

***Anamnesis vitae.***

Больной родился и жил постоянно в Москве. Рос и развивался нормально.

Работал служащим в офисе, условия труда нормальные, график и режим питания не нормированы.

Вредные привычки: курит давно, 1 пачка на 2-3 дня, алкоголь не употребляет в течение 3 лет, до этого употреблял (со слов больного) до бутылки водки в день. Наркоманию отрицает.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, аппендэктомия в 1972 году, язвенная болезнь 12 перстной кишки в1992 году, огнестрельное ранение в 1994 году – произведена лапароскопия и правосторонняя нефрэктомия.

Аллергию отрицает.

Наследственность – мать страдала язвенной болезнью 12 перстной кишки.

***Status praesens.***

Общее состояние:состояние больного средней тяжести, положение активное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. При осмотре кожных покровов кожа бледная, нормальной влажности, теплая на ощупь, тургор снижен.

При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения мужской Пальцы и ногти обычной формы, ногти на руках и ногах блестящие, ровные.

При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание снижено, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и поколачивании безболезненны. В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении нет.

Щитовидная железа не увеличена, лимфатические узлы не пальпируются..

Система органов дыхания: Жалоб не предъявляет. Дыхание через нос свободное, патологических отделений из верхних дыхательных путей нет. Грудная клетка нормостенической формы, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание умеренной глубины, ритмичное, частота дыхательных движений в 1 минуту 18. Пальпация грудной клетки безболезненна, патологических изменений не выявлено.

Границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница | справа | слева |
| выс. стояния верхушек спередивыс. стояния верхушек сзадиширина полей Кренига | 3 смVII шейный8 см | 3 смVII шейный8 см |
| Нижняя граница |  |  |
| по окологрудинной линиипо срединноключичной линиипо передней подмышечной линиипо средней подмышечной линиипо задней подмышечной линиипо лопаточной линиипо околопозвоночной линии | 6 ребро6 ребро 7 ребро8 ребро9 ребро10 ребро11 ребро | не определяетсяне определяется7 ребро8 ребро9 ребро10 ребро11 ребро |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких |  |
| по средней подмышечной линии | 8 см | 8 см |

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов кровообращения: Жалоб не предъявляет. Одышки и отёков нет. Состояние вен и артерий без патологических особенностей. Выбухания вен и артерий нет. Границы сердца в пределах нормы. Пальпация области сердца безболезненная. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выявлено. Пульс на лучевых артериях 80 уд. в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление на момент осмотра 140\60 мм.рт.ст. на обеих руках.

Система органов мочеотделения: Нарушения мочеиспускания нет. Количество мочи обычное. При осмотре поясничной области припухлости и покраснения не выявлено. Болезненности в области почек и по ходу мочеточников нет.

Нервная система и органы чувств: Сознание ясное. Общемозговые симптомы на момент осмотра отсутствуют. Головной боли нет, зрение ясное. Двигательная сфера без нарушений. Пациент контактен, разговор ведёт свободно, настроение ровное. Менингиальных симптомов нет.

Органы чувств без патологических изменений.

***Хирургический статус.***

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При перкуссии определяется тимпанический звук различных оттенков над всей поверхностью живота.

При пальпации живо мягкий, болезненный в области эпигастрии. Расхождения прямых мышц живота и симптомы раздражения брюшины не выявлены.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не прослушиваются.

Стул один раз в сутки, умеренного количества, оформленный, коричневого цвета.

Печеночная тупость сохранена, симптом Ортнера отрицательный.

Per rectum: область ануса не изменена, сфинктер тоничен, ампула пуста. Патологии на высоте пальца не выявлено; нависание, болезненность стенок нет. На перчатке кал обычной окраски.

***Диагноз.***

Язвенная болезнь 12 перстной кишки в стадии обострения, осложненная субкомпенсированным стенозом.

***Хирургическая тактика.***

Поскольку у больного имеется осложнение течения язвенной болезни 12 перстной кишки пилородуоденальным стенозом – это является абсолютным показанием для проведения оперативного лечения. Для выбора метода и тактики проведения операции необходимо учесть тяжесть состояния, степень стеноза, клинику течения заболевания, лабораторные данные и результаты диагностических исследований.

При наличии декомпенсированного стеноза, тяжелых нарушениях водно-электролитного, белкового, жирового и углеводного обменов, тяжелого общего состояния больного и прогресивного похудания, после интенсивной предоперационной подготовки проводится операция - наложение гастроэнтероанастомоза.

В остальных случаях клинически выявленных стенозов проводится комплексная терапия после которой решается вопрос об объеме проводимой операции. Современная комплексная терапия в предоперационном периоде включает в себя : декомпрессию желудка путем проведения зондирования и промываний желудка (при суб- и декомпенсированном пилородуоденальном стенозе), энтеральное питание (введение специальных пищевых смесей через назоэнтеральный зонд), нормализация водно-электролитных нарушений (переливание электролитов), восполнение ОЦК (кристаллоиды, белковые препараты), противоязвенная терапия.

После предоперационной подготовки при субкомпенсированном (при неэффективности проводимой терапии) и декопменсированном (при эффективности проводимой терапии) стенозах проводятся резецирующие операции – антрумэктомия с ваготомией.

После предоперационной подготовки при компенсированном и субкомпенсированном (при эффективности проводимой терапии) стенозах проводятся органосохраняющие операции – ваготомия с пилоропластикой.

У больного имеется положительная динамика на фоне проводимого лечения – поэтому возможно проведение операции в объеме ваготомии с пилоропластикой.

***План обследования.***

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Б/х анализ крови.
4. Общий анализ кала.
5. Зондирование желудка натощак.
6. Рентгенографическое исследование желудка.
7. Исследование моторной функции желудка
8. ЭГДС.
9. УЗИ.
10. Исследование желудочного сока.
11. Консультация терапевта.
12. Консультация уролога.

***Лабораторные данные.***

Общий анализ крови: Hb –117 г/л; L – 9,5 10 /л; пал – 2, сегм – 65, эоз – 2, лимф – 19, мон – 10, пл.кл. – 1; СОЭ – 4,5 мм/ч.

Б/х анализ крови: общ. белок – 72,6 г/л;

 мочевина – 3,5 ммоль/л;

 биллирубин общ. – 7 мкмоль/л;

 калий – 4,41 ммоль/л;

 натрий – 148 ммоль/л;

 АсАТ – 35;

 АлАТ – 21;

 ФЩ – 139;

 глюкоза натощак – 6,7 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки, пищевода, желудка и 12 перстной кишки от 9.10.2001: рентгенологические признаки хронического гастродуоденита, рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны. При рентген контроле через 6, 12 часов желудок увеличен в размерах, содержит небольшое количество бариевой взвеси.

ЭГДС от 2.10.2001: язва луковицы 12 перстной кишки, грубая рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны с явлениями стенозирования, данных за перенесенное гастродуоденальное кровотечение на момент осмотра нет. Атрофический гастрит. Тотальный фиброзно-эрозивный эзофагит 3ст. Установлен зонд для энтерального питания.

ЭКГ: синусовая тахикардия, электрическая ось сердца не отклонена, повышенная нагрузка на малый круг кровообращения, гипертрофия обоих желудочков.

***Консультации специалистов.***

Консультация уролога: нефрэктомия справа по поводу огнестрельного ранения. С целью исследования выделительной функции единственной почки необходимо провести экскреторную урографию.

***Дневники.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9.10.2001.Т – 36,6 СPs – 82 уд/минАД – 130/85ЧДД - 16 | Состояние средней тяжести.Жалобы на слабость, головокружение.Сознание ясное. Кожные покровы сухие, бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные.Язык обложен белым налетом, влажный. Живот болезненный в эпигастрии.Стул раз в день, оформленный, коричневого цвета.Дизурических явлений нет. | Питание через зондв объеме 2800мл;В/в капельно:S.Glucose 5% - 400 mlS.Novocaini 0,25% - 50mlРеополиглюкин - 400 mlТрисоль – 400ml; Ранитидин по 1таб. утром и вечером;Трихопол по 1 таб. 3 раза в день;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Викалин 1 таб. 3 раза в день; |
| 2.10.2001.Т – 36,8 СPs – 80 уд/минАД – 120/70 | Состояние средней тяжести.Жалоб не предъявляет.Сознание ясное. Кожные покровы сухие, бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное.Тоны сердца ритмичные.Язык обложен белым налетом, влажный. Живот болезненный в эпигастрии. Тошноты, рвоты нет.Отправления в норме. | Питание через зондв объеме 2800мл;В/в капельно:S.Glucose 5% - 400 mlS.Novocaini 0,25% - 50mlРеополиглюкин - 400 mlТрисоль – 400ml; Ранитидин по 1таб. утром и вечером;Трихопол по 1 таб. 3 раза в день;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Викалин 1 таб. 3 раза в день; |
| 15.10.2001.Т – 36,6 СPs – 76 уд/минАД – 140/80ЧДД – 17 | Состояние удовлетворительное.Жалоб не предъявляет.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные.Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии.Тошноты, рвоты нет.Стул оформленный обычной окраски. | Питание через зондв объеме 2800мл;В/в капельно:S.Glucose 5% - 400 mlS.Novocaini 0,25% - 50mlРеополиглюкин - 400 mlТрисоль – 400ml; Ранитидин по 1таб. утром и вечером;Трихопол по 1 таб. 3 раза в день;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Викалин 1 таб. 3 раза в день; |

***Эпикриз.***

X, 48 лет, поступил в ГКБ №31 1.10.2001.

Заболел 18.10.2001, когда появились боли в области эпигастрии, тяжесть в верхних отделах живота, тошнота, рвота. В течение двух недель состояние постоянно ухудшалось, усилилась рвота съеденной накануне пищей, больной похудел на 10 кг. Самостоятельно не лечился, к врачу не обращался.

1.10.2001 в рвотных массах появились прожилки крови, после чего больной вызвал скорую помощь. Бригадой СНМП был доставлен в ГКБ №31 с диагнозом обострение язвенной болезни 12 перстной кишки, Bl. ventriculi?

Больной страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки с 1992 года. За прошедшее время отмечал периодические боли в области эпигастрии. К врачам не обращался, самостоятельно проводил курсы противоязвенной терапии в осенне-весенний период.

При поступлении состояние средней тяжести, больной бледный, истощенный, жалобы на чувство тяжести в верхних отделах живота, рвоту съеденной пищей, слабость, головокружение. При зондировании желудка выделилось большое количество промывных вод с пищей, слизи «кофейной гущи» нет. Больной был госпитализирован в хирургическое отделение для обследования и решения тактики лечения.

При обследовании выявлена язва 12 перстной кишки, грубая рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны с явлениями стенозирования.

Был поставлен клинический диагноз язвенная болезнь 12 перстной кишки в стадии обострения, осложненная субкомпенсированным стенозом.

Больному был установлен зонд для проведения энтерального питания. Также проводится инфузионная терапия с целью стабилизации общего состояния, нормализации водно-электролитного обмена и противоязвенная терапия.

Поскольку не было выявлено грубых нарушений водно-электролитного обмена, а так же отмечается положительная динамика на фоне провеведения противоязвенного лечения, при условии снятия воспалительного отека пилоробульбарной зоны и переведения стеноза в стадию компенсации показана плановая, органосохраняющая операция – ваготомия с пилоропластикой.

В настоящее время больной продолжает курс лечения и проходит предоперационную подготовку. Согласие больного на операцию получено.

***Литература.***

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни». – М.,Медицина, 1995;
2. «Клиническая хирургия» / Под ред. Ю.М.Панцырева. – М., Медицина, 1998;
3. Малая Медицинская Энциклопедия под ред. В.И.Покровского. М., Медицина, 1996.