Кубанский Государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

Заведующий кафедрой Карипиди

Преподаватель Шевляева М.А.

История Болезни

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 73 года

Диагноз: Основной - Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующий - Закрытый перелом задних отрезков 7- 9 ребер справа

Осложнения - Прободение язвы. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит

Куратор студентка 5 курса 14 группы

Ястребова Арина Игоревна

Краснодар, 2012 г.

I. Паспортная часть

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_

. Возраст: 73года

. Пол: мужской

. Семейное положение: вдовец

. Профессия: инженер-строитель

6. Место работы: пенсионер

. Дом. Адрес: г. Краснодар, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Дата и время поступления: 21.03.12 в 19.30 часов

. Кем доставлен: Скорой помощью

. Жалобы (на момент поступления)

1) Основные: больной предъявляет жалобы на сильные схваткообразные, резкие боли в верхней части живота, сухость во рту.

) Другие: слабость, повышение температуры до 37,6.

. Анамнез заболевания

Страдает язвенной болезнью около 30 лет. Состоит на Д-учете в поликлинике. На протяжении всего заболевания соблюдает диету. Со слов больного, получение травмы 15.03.12 в результате падения (перелом задних отрезков 7, 8, 9 ребер справа) повлекло обострение язвенной болезни. Обострились симптомы, боли в животе (ночные, голодные) в эпигастральной области, приступы рвоты, приносящей облегчение. Также на протяжении с 15.10 по 20.03 держалась повышенная температура до 39. Больной вызывал скорую помощь, но от госпитализации отказывался. Дома принимал «Нурофен», «Нимулид», что по мнению больного привело к обострению. 21 марта около 7 часов утра появились сильные схваткообразные боли в животе, сухость во рту, рвота, слабость, головокружение. Машиной скорой помощи пациент в тяжелом состоянии доставлен в БСМП г. Краснодара.

. Анамнез жизни больного

Родился в городе Краснодаре. Роды проходили без осложнений. Рос и развивался наравне со сверстниками.

Вдовец, имеет 2-ух детей.

Перенесенные заболевания: в раннем детстве перенес ветряную оспу, корь, краснуху, паротит. Простудными заболеваниями болел редко.

Туберкулез, Вирусный гепатит, ВИЧ отрицает.

Жилищные условия удовлетворительные. Питание полноценное. Сон не нарушен.

Наличие наследственных заболеваний у родителей больной отрицает.

Аллергические проявления на лекарственные препараты, пищевые продукты, растения и животных отсутствуют.

Вредные привычки: курит с 30 лет.

Хирургических операции: в 53 года - операция по поводу паховой грыжи.

Переливания крови и ее компонентов не производилось.

. Данные объективного исследования больного

. Общий осмотр.

Общий вид больного: состояние средней тяжести, сознание сохранено, слегка затуманено. Положение вынужденное.

Телосложение: нормостеническое.

Рост: 178 см.

Вес: 78 кг.

Кожные покровы: чистые, бледные, тургор кожи снижен.

Волосяной покров: равномерный, симметричный, соответствует полу.

Ногти: овальной формы, сухие, ломкие, желтовато-розовые.

Видимые слизистые оболочки: чистые, влажные, бледные.

Подкожная клетчатка: выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина складки на уровне пупка - 3 см.

Лимфатическая система: подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые узлы не пальпируются, безболезненны.

Мышечно-суставная система: деформаций скелета нет, мышечная система развита хорошо; сила мышц сохранена в полном объёме.

. Сердечно - сосудистая система.

Осмотр: грудная клетка в области сердца без изменений.

Пальпация: верхний толчок не пальпируется; пульс - 95 ударов в минуту; ритмичный, удовлетворительного наполнения; не напряжён; симметричен на обеих руках; АД - 140 / 80 мм рт. Ст. Перкуторно границы сердца, абсолютной и относительной сердечной тупости соответствуют норме.

Аускультация: тоны сердца приглушены, соотношение тонов на верхушке и на основании не изменено.

. Дыхательная система.

Осмотр: частота дыхания - 18 в минуту; Дыхание поверхностное, ритмичное. Тип дыхания - грудной, грудная клетка конической формы. Правая половина менее участвует в акте дыхания.

Пальпация: грудная клетка болезненна справа сзади, ригидная, голосовое дрожание ослаблено справа в симметричных участках грудной клетки.

Нижние границы лёгких в норме. Аускультация: дыхание везикулярное, единичные хрипы.

. Пищеварительная система.

Язык сухой, обложен белым налетом. Десны розовые, не кровоточат, не воспалены. Миндалины за небные дужки не выступают.

Осмотр: Живот правильной формы, вздут, симметричный, не участвует в акте дыхания, грубых анатомических изменений нет, пупок втянут.

Поверхностная пальпация: Живот резко болезненный. Передняя брюшная стенка напряжена. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Печеночная тупость сглажена.

Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положительный.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотной консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии в подвздошной области справа тимпанический звук, что может свидетельствовать о наличии свободного газа. Аускультация: перистальтика кишечника ослаблена.

. Мочеполовая система.

Осмотр поясничной области и области мочевого пузыря: поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено.

Пальпация почек: не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

. Нервно-психический статус и органы чувств.

Сознание затуманено, рефлексы сохранены. Ухудшение зрения по типу старческой дальнозоркости. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены.

. Исследование печени

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границы печени по Курлову 9,8,7

Исследование желчного пузыря.

Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный.

Исследование селезенки. Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

Исследование поджелудочной железы. Поджелудочная железа не пальпируется.

. Предварительный диагноз

На основании жалоб на сильные схваткообразные, резкие боли в верхней части живота, сухость во рту, слабость, повышение температуры; данных анамнеза (Страдает язвенной болезнью около 30 лет. Обострились симптомы, боли в животе (ночные, голодные) в эпигастральной области, приступы рвоты, приносящей облегчение. 21 марта около 7 часов утра появились сильные схваткообразные боли в животе, сухость во рту, рвота, слабость, головокружение.) и объективного исследования (Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, резко болезненный. Передняя брюшная стенка напряжена. Печеночная тупость сглажена. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положительный, перистальтика кишечника ослаблена. При ориентировочной перкуссии в нижней подвздошной области справа тимпанический звук, что может свидетельствовать о наличии свободного газа.) можно поставить предварительный диагноз:

Основной - Язвенная болезнь Двенадцатиперстной кишки - обострение.

Сопутствующий - Закрытый перелом задних отрезков 7-9 ребер справа без смещения (по данным анамнеза)

. План обследования

1. Общий анализ крови

2. Биохимический анализ крови

3. Общий анализ мочи

4. Анализ на группу крови + резус фактор

. УЗИ органов брюшной полости

. Обзорная рентгенография органов брюшной полости

. ЭКГ

. Коагулограмма

. Рентгенография грудной клетки

. Результаты лабораторных и дополнительных исследований

1. Общий анализ крови

Нв - 127 г/л

Эритроциты 3,95\*10\*12/л

Лейкоциты-5,7\*10\*9/л

СОЭ - 15 мм

Тромбоциты 376 г\л

Лимфоциты - 0,8 \* 10\*9 / л

Моноциты - 0,1 \*10\*9 / л

Нейтрофилы - 3,4 \* 10\*9 / л

Эозинофилы - 0,15 \* 10\* 9 / л

Базофилы - 0,07 \* 10\*9 / л

. Биохимический анализ крови:

Общ.белок: 70,0 г / л;

альбумин: 34,8 г / л;

глобулины: 35,2 г / л;

креатинин: 95мколь / л;

мочевина 6,20 ммоль\л

холестерин общий: 6,09 ммоль / л;

билирубин общий: 20, 5мкмоль / л;

прямой билирубин 5,5 ммоль / л;

непрямой билирубин 15 мкмоль\л

железо сывороточное: 11 ммоль / л;

АЛТ- 41Ед\л

АСТ- 25Ед\л

амилаза- 84 ед\л

щелочная фосфатаза- 115 Ед\л

глюкоза- 5,0ммоль/л

хлориды 106,2 ммоль\л

. Общий анализ мочи:

цвет: светло жёлтый;

прозрачность: прозрачная;

белок: “ - “;

реакция: кислая;

сахар: “ - “; язвенный болезнь двенадцатиперстная кишка

удельный вес: 1,024;

Эпителий: отсутствует;

слизь: “ - “;

ураты: “ - “;

оксалаты: “ - “;

. Группа крови B(III), Rh +

. УЗИ органов брюшной полости

Слабая перистальтика кишечника. Понижение эхогенности в эпигастральной области. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. Изменений со стороны органов нет.

. Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Справа под куполом диафрагмы определяется полоска свободного газа.

. ЭКГ

Электрическая ось отклонена влево. Ритм синусовый - 95 уд.в мин. Гипертрофия левого желудочка. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

. Коагулограмма

Протромбиновое время 14 сек.

АЧТВ 27, 6 сек.

Фибриноген 14,1 г\л

МНО 1,280

. Рентген грудной клетки

Легочный рисунок усилен, корни уплотнены. Тень сердца в пределах нормы. Контур диафрагмы четкий. Справа на задней части грудной клетки имеются несвежие переломы 7,8,9 ребер без смещения.

IX. Дифференциальный диагноз

Язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки необходимо дифференцировать от:

А) Хронического гастрита, который также сопровождается болевым синдромом, который чаще всего возникает после приёма пищи. У таких больных наблюдается тошнота, рвота, изжога и отрыжка. Но, в отличие от ЯБ, для гастрита характерен симптом «быстрого насыщения пищей». Нестойкие испражнения и поносы также более характерны для гастритов, а не для ЯБ, для которой характерны задержки, запоры на 4-5 дней.

В) Острого холецистита, который, в отличие от ЯБ, характеризуется болями в правом подреберье, обычно не иррадиирующими, не связанными с приёмом пищи, не имеющими четкой периодичности, не уменьшающимися при приеме NaHCO3, молока. Также ОХ характеризуется в большинстве случаев гипербилирубинемией, нейтрофилёзом, микрогематурией, микроальбуминурией, а также положительными симптомами Ортнера, Мерфи и Кера.

Г) Острого панкреатита, который характеризуется необычайно сильными болями в эпигастрии, носящими опоясывающий характер и иррадиируют в область поясницы, левую половину грудной клетки, в спину, с возможным развитием коллаптоидного и шокового состояния. Окраска кожи и слизистых бледная с цианотичным оттенком. Характерны следующие симптомы: Калена, Мондора, Хальстеда, Грея Тернера, Грюнвальда, Керте, Кача; по мере стихания болевого синдрома и исчезновения дефанса появляются боли в точках Дежардена, Мейо-Робсона, симптомы Шоффара, Грота. Язык обложен, живот вздут, тошнота и рвота, не приносящие облегчения, стул учащен или задержан. При исследовании мочи и крови определяется высокий уровень диастазы.

X. Окончательный клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб на сильные схваткообразные, резкие боли в верхней части живота, сухость во рту, слабость, повышение температуры; данных анамнеза (Страдает язвенной болезнью около 30 лет. Обострились симптомы, боли в животе (ночные, голодные) в эпигастральной области, приступы рвоты, приносящей облегчение. 21 марта около 7 часов утра появились сильные схваткообразные боли в животе, сухость во рту, рвота, слабость, головокружение.) и объективного исследования (Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот вздут, не участвует в акте дыхания, резко болезненный. Передняя брюшная стенка напряжена. Печеночная тупость сглажена. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положительный, перистальтика кишечника ослаблена. При ориентировочной перкуссии в нижней подвздошной области справа тимпанический звук, что может свидетельствовать о наличии свободного газа.); данных дополнительного исследования (повышение АСТ, АЛТ, УЗИ признаки перфорации язвы, рентгенографии брюшной полости) можно поставить окончательный диагноз:

Основной - Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующий - Закрытый перелом задних отрезков 7-9 ребер справа.

Осложнения - Прободение язвы. Признаки диффузного фибринозно-гнойного перитонита.

XI. План лечения

операция

режим постельный

медикаментозная терапия

. Оперативное лечение. 22. 03. 12 г (экстренная операция)

Под общим обезболиванием проведена срединная лапаротомия. При ревизии установлено: а) в брюшной полости в подпеченочном пространстве и по правому боковому каналу, в малом тазу до 500 мл мутного гнойного выпота с хлопьями фибрина-осушен, отправлен на посев. Б) сразу за привратником на передней стенке луковицы ДПК имеется выраженный рубцово-язвенный инфильтрат размером 2,0\*1,5 см с перфоративным отверстием в центре размером 1,0 см в диаметре. Луковица ДПК мобилизована по большой и малой кривизне, рубцово-язвенный инфильтрат иссечен в пределах неизмененной ткани.Интраоперационно подтвержден диагноз : Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Прободение язвы. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит.

Выполнена сегментарная дуоденопластика узловыми однорядными серозно-мышечно-подслизистыми швами мононитью. Контроль гемостаза. Дренирование брюшной полости - подпеченочного пространства, малого таза справа. Швы на рану через все слои. Йод. Асептическая наклейка.

. Медикаментозное лечение: антибиотикотерапия, инфузионная терапия, противорвотные, антикоагулянты, парентеральное питание, анальгетики, препараты железа.

Глюкоза 5% 500,0 + KCl 5% 20,0 + Инсулин 8 Ед в\в капельно

Раствор NaCl 0,9% 500,0 в\в капельно

Ацесоль 400,0 в\в капельно

Цефабол 1 г 2 раза в день в\в

Метрогил 100,0 в\в капельно 3 раза в день

Аминофен 500,0 в\в капельно

Церукал 2,0 в\м 2 раза в день

Кетонал 2,0 в\м 3 раза в день

Гепарин 5 т\Ед п\к 3 раза в день

Феррум Лек 2,0 в\м

. Дневники

.03.12 Послеоперационный период

Сознание в состоянии выхода из наркоза. Состояние тяжелое. Рефлексы сохранены. Цвет кожи бледный. Отеков нет. Температура 37,5. Пульс 85 уд.в мин, АД 130\80 мм рт ст.

Живот мягкий, не вздут. Печень не увеличена. Перистальтика не выслушивается. Из дренажных трубок оттекает серозно-геморрагическое отделяемое. Стула не было. Мочеотделение через катетер.

Назначения.

Режим постельный.

Парентеральное питание.

Антибиотикотерапия.

Обезболивание.

Инфузионная терапия.

Антиагреганты и антикоагулянты.

Наблюдение, мониторинг.

.03.12 Сознание ясное, стал реагировать на раздражители. Рефлексы сохранены. Состояние средней тяжести. Цвет кожи и слизистых обычной окраски. Температура 37,4. Пульс 90 уд.в мин, АД 130\85 мм рт ст.

Живот мягкий, не вздут. Печень не увеличена. Перистальтика слабо выслушивается. Из дренажных трубок оттекает серозные отделяемое. Стул был. Мочеотделение самостоятельное.

Назначения.

Перевязка операционной раны: промывание дренажных трубок раствором антисептика, обработка раны, наложение асептической повязки.

Режим постельный.

Парентеральное питание.

Антибиотикотерапия.

Обезболивание.

Инфузионная терапия.

Антиагреганты и антикоагулянты.

Наблюдение, мониторинг.

.03.12 Сознание ясное, рефлексы сохранены. Сотояние относительно удовлетворительное. Цвет кожи и слизистых обычной окраски. Температура 36,9. Пульс 86 уд.в мин, АД 130\80 мм рт ст.

Живот мягкий, не вздут. Печень не увеличена. Перистальтика выслушивается. Из дренажных трубок оттекает скудное серозные отделяемое. Стул был. Мочеотделение самостоятельное.

Назначения.

Режим палатный.

Парентеральное питание.

Антибиотикотерапия.

Обезболивание.

Инфузионная терапия.

Антиагреганты и антикоагулянты.

Наблюдение.

. Эпикриз

Больной, \_\_\_\_, 73 года, поступил 21.03.12 в 19.30 часов в БСМП г. Краснодара в тяжелом состоянии, с заболеванием Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе и жалобами на сильные схваткообразные, резкие боли в верхней части живота, сухость во рту, слабость, повышение температуры до 37,6. Был обследован (объективно, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ на группу крови + резус фактор, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, ЭКГ, коагулограмма, рентгенография грудной клетки) и прооперирован с диагнозом Язвенная болезнь ДПК. Перфорация, диффузный фибринозно-гнойный перитонит. Проводится лечение Глюкоза 5% 500,0 + KCl 5% 20,0 + Инсулин 8 Ед в\в капельно, Раствор NaCl 0,9% 500,0 в\в капельно, Ацесоль 400,0 в\в капельно, Цефабол 1 г 2 раза в день в\в, Метрогил 100,0 в\в капельно 3 раза в день, Аминофен 500,0 в\в капельно, Церукал 2,0 в\м 2 раза в день, Кетонал 2,0 в\м 3 раза в день, Гепарин 5 т\Ед п\к 3 раза в день, Феррум Лек 2,0 в\м. Состояние улучшилось.