**1. Паспортная часть**

1. ФИО больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Возраст: 60 лет (1942 г.р.).
3. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Профессия и место работы: агроферма Николаевская, столяр.
5. Семейное положение: женат.
6. Дата поступления в стационар: 22.03.02., 8:55
7. Клинический диагноз: Язвенная болезнь. Хроническая язва антрального отдела желудка.
8. Операция: Резекция 2/3 желудка по Бильрот 1, 28.03.02., 13:05-15:15
9. Дата выписки: 8.04.2002.

**2. Жалобы больного**

При поступлении больной жаловался на режущие боли в левом подреберье и эпигастрии, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту.

**3. История развития данного заболевания**

**(Anamnesis morbi).**

Больным себя считает в течение года, когда появились голодные боли давящего характера в эпигастрии и левом подреберье. Боли приобретали режущий характер через 15-20 мин после еды. Купировались альмагелем и пищевой содой. Часто присоединялась слизистая рвота с остатками непереваренной пищи, изжога и отрыжка воздухом. После проведения ФГС по месту жительства в 10 поликлинике был направлен в консультативную поликлинику, где получил направление в Республиканскую клиническую больницу.

**4. Анамнез жизни больного**

**(Anamnesis vitae).**

Балькин Павел Николаевич родился в 1942 году в Торбееве, в семье колхозника третьим ребенком в семье. Отец – Балькин Николай Иванович, 1909 г.р. погиб в возрасте 36 лет в ВОВ. Мать – Балькина Татьяна Федоровна умерла в 1987 году в возрасте 75 лет.

 Наличие в роду лиц с психическими расстройствам, наркоманов, самоу­бийц, лиц страдающих туберкулезом, венерическими заболеваниями, забо­леваниями обмена веществ, желез внутренней секреции, назвать затруд­няется. О выкидышах и мертворожденных у матери не знает.

Зачатие и внутриутробный период: возраст матери и возраст отца 32 и 33 года соответственно. Сведения­ми о беременности матери, течении родов не располагает.

В детском возрасте психически и физически от сверстников не отставал, питание получал удовлетворительное. Ясли, детский сад не посещал. Закончил восьмилетку, торговый техникум. Призвался в армию, служил в ракетных войсках. Работать начал в 21 год в сфере торговли, с 1991 года работает столяром, с коллективом и начальством не конфликто­вал.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. В 1998 году после травмы правого глаза был удален хрусталик. Наблюдается транзиторное повышение АД выше рабочего уровня в течение последних 10 лет связанное с метеорологическими условиями. В 1999 году был поставлен диагноз стенокардия.

Лекарственные средства переносит хорошо. Аллергических реакций нет.

Не прививался от столбняка.

Курит с 1980 года (пачка на два дня). С 1989 года полностью не употребляет алкаголь.

Кровь не переливали. Является почетным донором России.

**5. Данные объективного исследования больного**

**(Status praesens).**

Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Нормостеник, питание достаточное, рост 170 см, вес 70 кг, температура тела 36,1о С. Внешний вид больного соот­ветствует возрасту.

Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности, тур­гор и эластичность понижены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволо­сение по мужскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаруже­но. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, толщина 0,5 см, отёков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Лимфатические узлы нормальных размеров, при пальпации безболезненны, смещаемы.

Мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках те­ла. Мышечный тонус умеренный, одинаковый с обеих сторон, мышечная сила средняя.

Конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется.

Тип телосложения нормостенический, лопатки плотно прилежат к по­верхности грудной клетки. Деформаций позвоночника, верхних и ниж­них конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Частота дыхания 17 в минуту, дыхание поверхностное, ритм пра­вильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки развиты умеренно. В акте дыхания принимает участие только основная дыхательная муску­латура. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, ригидность, эластич­ность сохранены. Голосовое дрожание симметрично на симметричных участках.

|  |  |
| --- | --- |
| Слева | Справа |
| 6 см. | 6 см. |

Ширина полей Кренига:

Высота стояния верхушек лёгких:

|  |  |
| --- | --- |
| Спереди | на 3 см. выше ключицы |
| Сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. |

Нижний край лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| околопозвоночная | 11 ребро | 11 ребро |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вверх | Вниз |
| Линия | Слева | Справа | Слева | Справа |
| средняя подмышечная | 2 см. | 1 см. | 2 см. | 1 см. |
| задняя подмышечная | 2 см. | 1 см. | 2 см. | 1 см. |

Подвижность нижнего края легких:

Задержка дыхания на вдохе – 17 с., на выдохе – 23 с.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяются. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова.

Патологической пульсации артерий и вен в области шеи не опреде­ляется. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревья не выявлено. Симптом "кошачьего мурлыкания", сердечный "горб" не определяются. Верхушечный толчок умеренной силы, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, симметричен. При пальпа­ции сердца сердечный толчок отсутствует.

Границы относительной тупости сердца (перкуторно):

|  |  |
| --- | --- |
| правая | правая парастернальная линия в 4 межреберье |
| левая | по левой срединноключичной линии, 5 межреберье |
| верхняя | левая парастернальная линия, 3 межреберье |

Границы абсолютной тупости сердца (перкуторно):

|  |  |
| --- | --- |
| правая | срединная линия, на уровне 4 межреберья |
| левая | 1 см. медиальнее левой срединноключичной линии, 5 межреберье |
| верхняя | на уровне хряща 4 ребра  |

Поперечник сосудистого пучка - 6 см.

Аускультативно тоны сердца приглушенны, шумы не выслушиваются. Нарушений ритма сердца не определяется. Шум трения перикарда не определяется. ЧСС = 68 уд. в мин. АД 150/100 мм. рт. ст.

Варикозно расширенных вен, трофических язв нет.

Язык влажный, обложен от корня белесоватым налетом.

Вставных зубов нет, зубы санированы. Слизистая оболочка полости рта чистая, розового цвета. Миндалины не увеличены. Мягкое и твёрдое нёбо розового цвета, изъязвлений, налётов не определяется.

Система органов мочеобразования и выделения: область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Дизурия не наблюдалась. Суточный диурез – 1,5-2,0 л. Симптом Пастернацкого от­рицательный с обеих сторон.

Нервная система: сознание ясное, настроение спокойное. Тип нервной системы – преимущественно флегматик. Поведение больного адекватное. Сон не нарушен, но иногда наблюдается бессонница старческого типа. Реакция зрачков на свет содружественная. Парезы, параличи не выявлены. Характер дермографиз­ма красный. Бред, галлюцинации не выявлены. Состояние слуха в пре­делах возрастных норм. Состояние зрения в норме.

Эндокринная система: щитовидная железа не увеличена, патологий эндокринной системы не обнаружено.

**Местные признаки заболевания**

**(Status localis).**

Язык влажный, розовый, обложен от корня белесоватым налетом.

Живот овальный, симметричный, в акте дыхания участвует. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается. Кожа обычной окраски.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, дыхание смешанное.

При перкус­сии тимпанический звук над всей поверхностью живота, над кишечни­ком более высокий, чем над желудком.

 При аускультации выслушива­ется умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, ки­шечнике не определяется.

Живот овальный, симметричный, в акте дыхания участвует. Рас­ширения подкожных вен живота не отмечается.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот болезненный в эпигастрии, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется. Грыжи и расхождение прямых мышц живота не отме­чено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образ­цову-Стражеско:

*сигмовидная кишка:* пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с пе­редней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотно­ватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., очень вяло перистальтирующе­го. Смещается в стороны на 3-4 см.

*слепая кишка:* пальпируется в правой подвздошной области на гра­нице средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненно­го, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно уп­ругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 1-2 см., толщина около 4 см.

*восходящая и нисходящая части ободочной кишки:* прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урча­щие, безболезненные.

Поперечную ободочную кишку, желудок и селезенку пропальпировать не удалось из-за болезненности.

Печень и желчный пузырь: наличие диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации край печени определяется на 2 см. ниже края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени закруглён.

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединноключичной линии  | 11 см. |
| по срединной линии | 10 см. |
| по левому краю рёберной дуги | 9 см. |

Размеры печени по Курлову:

Границы печени по опознавательным линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Условные линии | Абсолютная печеночная тупость | Относительная печеночная тупость |
| верхняя граница | нижняя граница | верхняя граница |
| праваяокологрудинная | верхний край7 ребра | на 1 см. ниже краялевой рёберной дуги | верхний край5 ребра |
| правая средняяключичная | нижний край 7 ребра | на 1 см ниже границы между верхней и средней третями расстояния от мечевидного отростка до пупка. | Нижний край7 ребра |
| Правая передняяподмышечная | 8 ребро | на 2,5 см. нижекрая правой ребер-ной дуги. | 6 ребро |

**6. Предварительный диагноз.**

Язвенная болезнь.

**7. План обследования.**

1. Общий и биохимический анализы крови.
2. Анализ мочи.
3. Электрокардиографическое исследование.
4. Ультразвуковое исследование брюшной полости.
5. Фиброгастроскопия.
6. Исследование кислотности желудочного сока.
7. Исследование кала на скрытую кровь.

**8. Лабораторно-инструментальные исследования.**

Анализ крови (от 23.03.02.):

Белок – 80 г/л

Мочевина – 6,0 ммоль/л

Креатин – 0,063 ммоль/л

Билирубин общий – 5,4 мкмоль/л

Билирубин свободный – 5,4 мкмоль/л

Калий – 4,0 ммоль/л

Натрий – 132 ммоль/л

Хлор – 101 ммоль/л

Аст – 0,34 ммоль/ч\*л

Алт – 0,5 ммоль/ч\*л

Гемоглобин (Hb) – 126 г/л;

СОЭ – 28 мм/ч;

Эритроциты – 4,9\*1012 /л;

Лейкоциты – 5,1\*109 /л.

Эозинофилы – 3 %

Палочкоядерные – 2 %

Нейтроф. сегментояд.– 68 %

Моноциты – 5 %

Лимфоциты – 22 %

Сахар – 5,6 ммоль/л.

Заключение: повышенная скорость оседания эритроцитов.

Коагулограмма:

Этаноловый тест – -

Б – нафтоловый тест – -

Фибриноген – 3330 мг/л

Тромботест – VI степень.

Время рекальцификации – 105 сек.

Время свертывания капли крови – 7 мин.

Время кровотечения – 0,5 мин.

Заключение: VI степень тромботеста – гиперкоагуляция.

Анализ мочи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | **23.03** | **29.03** |
| Цвет | желтый | темный |
| Прозрачность | светлая | мутная |
| Удельный вес | 1028 | 1020 |
| Реакция | кислая | - |
| Белок | - | - |
| Эпителий: | 1-2 | 0-1 |
| плоский | - | - |
| Лейкоциты | 0-1 | 0-1 |
| Соли | - | ураты |

Заключение: до операции моча в норме, в послеоперационном анализе присутствуют соли – ураты.

Рентгенологическое исследование брюшной полости (25-26.03.02.).

Через 3 ч. определяются включения бария в желудке. Через 6,12,24 ч. барий в желудке не определяется. Заключение: компенсированный стеноз выходного отдела желудка.

ЭКГ (от 22.03.02.). Ритм синусовый, 70 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево, блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гисса.

УЗИ (от 26.03.02.). Печень - +3 см, контуры ровные, структура мелкозернистая, протоки не расширены. Общий желчный проток – 8 мм в диаметре. Желчный пузырь – 75х29 мм, деформирован, стенки уплотнены, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена. Селезенка не увеличена. Почки не увеличены, контуры ровные, паренхима однородная, мелкие конкременты.

Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения печени, хронический холецистит, деформированный желчный пузырь, хронический панкреатит.

ФГС от 19.03.02., поликлиника №10.

В антральном отделе на передней стенке дефект диаметром 1 см., с белым налетом, вокруг воспалительный вал. Привратник отечен, гиперемирован, по большой кривизне дефект диаметром 0,3 см., с белым налетом. Заключение: язвенная болезнь антрального и пилорического отделов желудка.

ФГС от 22.03.02.

Язва передней стенки и пилорического отдела желудка. Субатрофический гастрит. Дуоденит.

**9. Клинический диагноз и его обоснование.**

Диагноз: Язвенная болезнь. Хроническая язва антрального отдела желудка. Субатрофический гастрит. Дуоденит.

Диагноз выставлен на основании:

1) Жалобы больного при поступлении: на режущие боли в левом подреберье и эпигастрии, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту.

2) Anamnesis morbi: больным себя считает в течение года, когда появились голодные боли давящего характера в эпигастрии и левом подреберье. Боли приобретали режущий характер через 15-20 мин после еды. Купировались альмагелем и пищевой содой. Часто присоединялась слизистая рвота с остатками непереваренной пищи, изжога и отрыжка воздухом.

3) Данные объективного обследования: состояние больного удовлетворительное. При поверхностной ориентировочной пальпации живот болезненный в эпигастрии, напряжения мышц живота (диффузного или ограниченного) не определяется. Поперечную ободочную кишку, желудок и селезенку пропальпировать не удалось из-за болезненности.

4) Данные лабораторно-инструментальных методов исследования:

Анализ крови (от 23.03.02):

 СОЭ – 28 мм/ч;

Рентгенологическое исследование брюшной полости (25-26.03.02.).

Через 3 ч. определяются включения бария в желудке. Через 6,12,24 ч. барий в желудке не определяется. Заключение: компенсированный стеноз выходного отдела желудка.

ЭКГ (от 22.03.02.). Ритм синусовый, 70 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево, блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гисса.

ФГС от 19.03.02., поликлиника №10.

В антральном отделе на передней стенке дефект диаметром 1 см., с белым налетом, вокруг воспалительный вал. Привратник отечен, гиперемирован, по большой кривизне дефект диаметром 0,3 см., с белым налетом. Заключение: язвенная болезнь антрального и пилорического отделов желудка.

ФГС от 22.03.02.

Язва передней стенки и пилорического отдела желудка. Субатрофический гастрит. Дуоденит.

**10. Лечение.**

1. Режим постельный.

2. Диета: стол № 1.

3. Медикаментозная терапия:

а) Снижение секреции соляной кислоты и пепсина в желудке – блокатор H2 – гистаминовых рецепторов:

Rp.: Tab. Ranitidini 0,15 № 20

 D.S. 1 таблетка 2 раза в день.

б) Укрепление иммунитета – стимулятор лейкопоэза:

Rp.: Tab. Methyluracili 0,5 № 20.

 D.S. 1 таблетка 3 раза в день.

4. Операция.

Абсолютные показания: стеноз выходного отдела желудка.

Относительные показания: данные ФГС (в антральном отделе на передней стенке дефект диаметром 1 см., с белым налетом, вокруг воспалительный вал. Привратник отечен, гиперемирован, по большой кривизне дефект диаметром 0,3 см., с белым налетом. Заключение: язвенная болезнь. Язва передней стенки и пилорического отдела желудка.).

Больной по показаниям был взят на операцию - резекция 2/3 желудка по Бильрот 1. Степень операционно-анестезиологического риска – II (умеренный риск).

Премедикация: Sol. Atropini sulfatis 0.1% - 1.0 ml.

 Sol. Promedoli 2% - 1.0 ml.

Обезболивание: наркоз интубационный.

Операция: резекция 2/3 желудка по Бильрот 1, дренирование брюшной полости. Проведена 28.03.02. Продолжительность – 2,2 ч. (13:05-15:15).

Доступ – верхняя срединная лапаротомия длиной 15 см. При ревизии в антральном отделе желудка по малой кривизне обнаружен язвенный дефект диаметром 1 см. с глубоким дном, на передней стенке пилорического жома - язвенный рубец диаметром 0,7 см.

Желудок мобилизован по большой и малой кривизне с прошиванием сосудов. Двенадцатиперстная кишка мобилизована на 2 см. ниже пилорического жома и отсечена. Произведена резекция 2/3 желудка. Малая кривизна вновь сформирована с помощью аппарата УВО-60. Наложен двухрядный (кетгут, шелк) гастродуоденальный анастомоз диаметром 3 см. Окно в желудочноободочной связке ушито. Брюшная полость осушена, дренирована двумя ПВХ трубками, выведенными в правое подреберье.

В ходе операции дополнительной патологии не обнаружено.

Окончательный диагноз: язвенная болезнь желудка, язва антрального отдела желудка.

В состав операционной бригады входили хирург, ассистент, операционная сестра, анестезиолог.

5. Послеоперационный период.

 Для анальгезии: Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1.0 ml.

 D.S. Подкожно. 28.03. в 18:00, 22:00

 29.03 - в 6:00, 11:00, 16:00, 22:00

 30.03 – в 6:00, 11:00, 16:00, 22:00

6. Дополнительно к лечению.

Для анальгезии (ненаркотический анальгетик):

 Rp.: Sol. Analgini 50% - 1,0 ml.

 D.t.d. N. 6 in amp.

 S. В/м по 2 мл. 2 раза в день.

Для профилактики послеоперационного кровотечения:

 Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 10,0 ml.

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. В/в, медленно (в течение 3-5 мин) 5 мл.

Спазмолитик:

 Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml.

 D.t.d. N6 in amp.

 S. В/м по 2 мл. 2 раза в день.

Парентеральное питание:

 Rp.: Sol. Glucosi 5% - 400,0 ml

 D.t.d. № 20

 S. В/в до 2,5 л/сут в течение 4-х дней

Для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений:

 Rp.: Sol. Ciprofloxacini 2% - 100,0 ml.

 D.t.d. N. 20

 S. В/в, капельно по 300 мл. 3 раза в день (1 г/сут) в течение 4 дней

 Rp.: Sol. Clindamycini 15% - 2,0 ml.

 D.t.d. N. 10

 S. В/м 2 мл. 2 раза в день (0,6 г/сут) в течение 4 дней.

Для профилактики нагноения послеоперационной раны: перевязки раны с применением антисептиков (фурацилин (водный раствор 1:5000) – для промывания раны во время перевязки; бриллиантовый зеленый (спиртовой раствор 1 %) – для обработки краев раны).

**11. Дневник наблюдения за больным.**

26.03.02 г.

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 36 С утром и 36,1 С вечером. Предъявляет жалобы на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся при приеме пищи. Жалобы на периоди­чески возникающие изжогу, отрыжку воздухом. Кожные покровы бледного цвета, умеренной влажности. Частота дыхания 20 в минуту, глубина умеренная, ритм правильный. Дыхание везикулярное, равномерное. Пульс на лучевых артериях ритмичный, правильный, ЧСС - 68 уд/мин., АД 130/80 мм. рт. ст. Задержка дыхания на вдохе – 17 сек., на выдохе – 23 сек. Аускультатив­но тоны сердца приглушены, ритмичные. Стул нерегулярный. Язык обложен от корня белым налетом. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Мо­чеиспускание безболезненное, свободное, 3-4 раза в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

28.03.02 г.

Состояние тяжелое. Больной в сознании, вялый, сонливый. Температура тела 36,4 С ут­ром и 37,4 С вечером. Беспокоят боли в области оперативного вмешательства. Живот не вздут. Пальпаторно: живот мягкий, болезненность в эпигастральной области, уме­ренное напряжение мышц брюшной стенки. Аускульта­тивно: перистальтика желудочно-кишечного тракта не определяется; тоны сердца приглу­шены, ритмичные. Наличие раны (на 1-2 см. левее срединной линии живота от нижнего края реберной дуги до пупка) с обильными кровянистыми выделениями и двух дренажных трубок в правом подреберье. Кожные покровы бледного цвета, умеренной влажности. ЧД – 30/мин. Дыхание везику­лярное, равномерное. Пульс на лучевых артериях ритмичный, пра­вильный, ЧСС - 100 уд/мин., АД 150/100 мм. рт. ст. Задержка дыхания на вдохе – 20 сек., на выдохе – 10 сек. Язык обложен от корня белым налетом. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча мутная, желтого цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

2.04.02 г.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,7 С утром и 36,6 С вечером. Предъявляет жалобы на боли в области оперативного вмешательства. Наличие раны (на 1-2 см. левее срединной линии живота от нижнего края реберной дуги до пупка) без выделений. Кожные покровы бледного цвета, умеренной влаж­ности. Частота дыхания 22 в минуту, глубина умеренная, ритм правильный. Дыхание везикулярное, равномерное. Пульс на лучевых артериях ритмичный, правильный, ЧСС - 70 уд/мин., АД 115/70 мм. рт. ст. Задержка дыхания на вдохе – 25 сек., на выдохе – 20 сек. Аускультатив­но тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык чистый. При пальпации живот мягкий, болезненный в области оперативного вмешательства. Мо­чеиспускание безболезненное, свободное, 3-4 раза в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**12. Прогноз заболевания:**

* для жизни – благоприятный;
* для функции органа/системы – сомнительный;
* для общей и профессиональной деятельности – благоприятный.

**13. Исход заболевания.**

Исход – улучшение общего состояния. Продолжает находиться на лечении.

**14. Эпикриз.**

 Больной Балькин Павел Николаевич (1942 г.р.) поступил 22.03.02 г. При поступлении больной жаловался на режущие боли в левом подреберье и эпигастрии, изжогу, отрыжку воздухом, рвоту.

По данным рентгенологического исследования брюшной полости (25-26.03.02.).

Через 3 ч. определяются включения бария в желудке. Через 6,12,24 ч. барий в желудке не определяется. Заключение: компенсированный стеноз выходного отдела желудка.

ЭКГ (от 22.03.02.). Ритм синусовый, 70 уд/мин. Отклонение электрической оси сердца влево, блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гисса.

УЗИ (от 26.03.02.). Печень - +3 см, контуры ровные, структура мелкозернистая, протоки не расширены. Общий желчный проток – 8 мм в диаметре. Желчный пузырь – 75х29 мм, деформирован, стенки уплотнены, конкрементов нет. Поджелудочная железа не увеличена. Селезенка не увеличена. Почки не увеличены, контуры ровные, паренхима однородная, мелкие конкременты.

Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения печени, хронический холецистит, деформированный желчный пузырь, хронический панкреатит.

ФГС от 19.03.02., поликлиника №10.

В антральном отделе на передней стенке дефект диаметром 1 см., с белым налетом, вокруг воспалительный вал. Привратник отечен, гиперемирован, по большой кривизне дефект диаметром 0,3 см., с белым налетом. Заключение: язвенная болезнь антрального и пилорического отделов желудка.

ФГС от 22.03.02.

Язва передней стенки и пилорического отдела желудка. Субатрофический гастрит. Дуоденит.

Были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования:

Анализ крови (от 23.03.02):

Белок – 80 г/л

Мочевина – 6,0 ммоль/л

Креатин – 0,063 ммоль/л

Билирубин общий – 5,4 мкмоль/л

Билирубин свободный – 5,4 мкмоль/л

Калий – 4,0 ммоль/л

Натрий – 132 ммоль/л

Хлор – 101 ммоль/л

Аст – 0,34 ммоль/ч\*л

Алт – 0,5 ммоль/ч\*л

Гемоглобин (Hb) – 126 г/л;

СОЭ – 28 мм/ч;

Эритроциты – 4,9\*1012 /л;

Лейкоциты – 5,1\*109 /л.

Эозинофилы – 3 %

Палочкоядерные – 2 %

Нейтроф. сегментояд.– 68 %

Моноциты – 5 %

Лимфоциты – 22 %

Сахар – 5,6 ммоль/л.

Заключение: повышенная скорость оседания эритроцитов.

Коагулограмма:

Этаноловый тест – -

Б – нафтоловый тест – -

Фибриноген – 3330 мг/л

Тромботест – VI степень.

Время рекальцификации – 105 сек.

Время свертывания капли крови – 7 мин.

Время кровотечения – 0,5 мин.

Заключение: VI степень тромботеста – гиперкоагуляция.

Анализ мочи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | **23.03** | **29.03** |
| Цвет | желтый | темный |
| Прозрачность | светлая | мутная |
| Удельный вес | 1028 | 1020 |
| Реакция | кислая | - |
| Белок | - | - |
| Эпителий: | 1-2 | 0-1 |
| плоский | - | - |
| Лейкоциты | 0-1 | 0-1 |
| Соли | - | ураты |

Заключение: до операции моча в норме, в послеоперационном анализе присутствуют соли – ураты.

**Лечение.**

1. Режим постельный.

2. Диета: стол № 1.

3. Медикаментозная терапия: снижение кислотности желудочного сока – ранитидин, укрепление иммунитета – метилурацил.

4. Операция.

Абсолютные показания: стеноз выходного отдела желудка.

Относительные показания: данные ФГС (в антральном отделе на передней стенке дефект диаметром 1 см., с белым налетом, вокруг воспалительный вал. Привратник отечен, гиперемирован, по большой кривизне дефект диаметром 0,3 см., с белым налетом. Заключение: язвенная болезнь. Язва передней стенки и пилорического отдела желудка.).

Больной по показаниям был взят на операцию - резекция 2/3 желудка по Бильрот 1. Степень операционно-анестезиологического риска – II (умеренный риск).

Премедикация: Sol. Atropini sulfatis 0.1% - 1.0 ml.

 Sol. Promedoli 2% - 1.0 ml.

Обезболивание: наркоз интубационный.

Операция: резекция 2/3 желудка по Бильрот 1, дренирование брюшной полости. Проведена 28.03.02. Продолжительность – 2,2 ч. (13:05-15:15).

Доступ – верхняя срединная лапаротомия длиной 15 см. При ревизии в антральном отделе желудка по малой кривизне обнаружен язвенный дефект диаметром 1 см. с глубоким дном, на передней стенке пилорического жома - язвенный рубец диаметром 0,7 см.

Желудок мобилизован по большой и малой кривизне с прошиванием сосудов. Двенадцатиперстная кишка мобилизована на 2 см. ниже пилорического жома и отсечена. Произведена резекция 2/3 желудка. Малая кривизна вновь сформирована с помощью аппарата УВО-60. Наложен двухрядный (кетгут, шелк) гастродуоденальный анастомоз диаметром 3 см. Окно в желудочноободочной связке ушито. Брюшная полость осушена, дренирована двумя ПВХ трубками, выведенными в правое подреберье.

В ходе операции дополнительной патологии не обнаружено.

Окончательный диагноз: язвенная болезнь желудка, язва антрального отдела желудка.

5. Послеоперационный период: купирование болевого синдрома – промедол.

6. Дополнительно к лечению: анальгин, кальция хлорид, папаверин, глюкоза, ципрофлоксацин, клиндамицин, перевязки послеоперационной раны с антисептиками.

Рекомендации при выписке: соблюдение диеты с пониженным содержанием острого, соленого, чрезмерно горячего и т.д., ограничение применения медицинских препаратов, раздражающих слизистую желудка, снижение физической нагрузки.

После проведенного лечения наступило улучшение общего состояния больного.

Список использованной литературы:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. М., 1997. – 672 с.
2. Схема истории болезни с методами обследования хирургического больного: Метод. указания. Саранск, 1992. – 24 с.
3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Под. ред. В.В. Кованова. М., 1995. – 400 с.
4. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. М., 1995. – 592 с.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей. Ч. I. М., 1993. – 732 с.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей. Ч. II. М., 1993. – 686 с.
7. Леванов А.В. Особенности этиологии и патогенеза послеоперационных инфекционных осложнений у больных раком желудка: Автореферат дис. на соиск. учен. степ. доктора мед. наук. М., 2001. – 47 с.