**Паспортная часть.**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 3 ноября 1939г.

**Место работы:** на пенсии.

**Национальность:** русский.

**Адрес:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*.

**Дата выписки:**

**Диагноз при поступлении:** Язва пилорического отдела желудка.

**Клинический диагноз:**

**основное заболевание:** Злокачественное образование в брюшной полости.

**осложнения основного заболевания:** Нарушение эвакуаторной функции желудка, хронический гастрит, дуоденит.

**Сопутствующие заболевания:** Инсулинозависимый сахарный диабет, хронический холецистит и ЖКБ, ИБС, ХОБ.

**Операция, обезболивание:** Резекция опухоли, наложение холедохоеюнального анастомоза, межкишечного анастомоза под общей анестезией закисью азота с применением ИВЛ.

**Осложнения операции:** В послеоперационном периоде – механическая желтуха.

**Анамнез.**

**Жалобы при поступлении.**

Боли в эпигастральной области ноющего характера, не связанные со временем суток или приёмом пищи, периодически усиливаются или исчезают. Общая слабость.

**Дополнительные жалобы.**

Боли в сердце, провоцируемые нервными переживаниями. Купирует приемом корвалола.

Сердцебиения (ощущает по пульсу, ударам в голову).

Периодические повышения артериального давления до 130 mmHg, которые сопровождаются головными болями (рабочее давление – 110/70 mmHg). Боли купирует цитрамоном.

Иногда случается понижение давления до 90/60 mmHg.

Утренний кашель с небольшим количеством мокроты.

Периодические боли в суставах, связанные с переменой погоды.

**Anamnesis morbi.**

Впервые обратился к врачу 5 лет назад с жалобами на боли в эпигастральной области. Был поставлен диагноз язвы желудка и проведено амбулаторное лечение (больной принимал ранитидин и др.). Через месяц язва зарубцевалась.

С тех пор каждую весну и осень проходил лечение по поводу обострений язвы желудка.

В августе 2003 появились жалобы на ноющую боль в эпигастральной области. В январе они значительно усилились, в связи с чем больной проходил обследование в поликлинике. Там у него было выявлено опухолевое образование в области двенадцатиперстной кишки, и он был направлен для дальнейшего обследования в ПХК СибГМУ.

17 февраля 2004г. Был госпитализирован в плановом порядке в ПХК СибГМУ с диагнозом язва пилорического отдела желудка.

**Anamnesis vitae.**

Родился 3 ноября 1939г. в деревне Бакчарского района. Развивался нормально, от сверстников не отставал. В школу пошёл с 6 лет. После окончания 8 классов бросил школу и устроился на работу. В 19 лет пошёл в армию. Служил 3 года 4 месяца. В 1990г. вышел на пенсию, после чего продолжал работать до 1998г. В октябре 2003г. переехал в Томск.

В 1959г. перенёс пневмонию.

В 1967 г. был поставлен диагноз хронический бронхит.

В 1981 г. был поставлен диагноз сахарный диабет. Сами больной предполагает у себя это заболевание с 1971 года. Тогда же была выявлена ишемическая болезнь сердца. В настоящее время постоянно принимает сахаропонижающие препараты, соблюдает диету. В результате осложнений диабета был удалён левый глаз, на правом наблюдается отслойка сетчатки.

В 1985 и в 1986гг. был прооперирован по поводу паховой грыжи справа.

В 1990г. имел место перелом двух рёбер справа, который обнаружили уже после того, как рёбра срослись.

**Семейный анамнез.**

Мать жива. Отец умер от осложнений операции по поводу обтурирующего эндартериита. Брат болел язвой желудка. У сына имеется заболевание желудка, какое именно – больной не знает.

**Профессиональный анамнез.**

Начал трудовую деятельность с 16 лет. Три года проработал в колхозе. После армии, с 1962 по 1966 г. работал в колхозе трактористом. С 1966 по 1990г. работал в бакчарском МВД начальником вневедомственной охраны. После выхода на пенсию в 1990г. продолжал работать там же. В 1998г. по рекомендации врача оставил трудовую деятельность.

Со слов больного работа была связана с постоянным эмоциональным напряжением.

**Семейно-бытовой анамнез.**

До октября 2003 года жил в собственном доме в Бакчаре. В настоящее время проживает в собственной квартире. На бытовые и материальные проблемы не жалуется. Режим дня и питания соблюдает.

**Эпидемиологический анамнез.**

Гепатит, малярию, туберкулёз отрицает. С инфекционными больными контакта не имел.

**Вредные привычки.**

Курил 40 лет по пачке в день. Последнее время - бросил. Злоупотребление наркотиками и алкоголем отрицает. Последние 5 лет по рекомендации врача вообще не употребляет спиртного.

**Аллергологический анамнез.**

Аллергические реакции на пищу и лекарственные средства отрицает.

**Объективное обследование.**

**Рост:** 180 см.

**Вес:** 88 кг.

**Температура тела:** 36,5°С.

**Артериальное давление:** 110/70 mmHg

**Пульс:** Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

**Частота дыхательных движений:** 15.

**Выражение лица:** без особенностей.

**Состояние:** удовлетворительное.

**Сознание:** ясное.

**Положение:** активное.

**Кожные покровы:** сухие, тёплые, чистые, нормальной окраски, тургор снижен, отёков, цианоза нет.

**Видимые слизистые:** Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом у корня.

**Ногти, волосы:** Волосяной покров соответствует полу, равномерный, симметричный. Ногти чистые, нормального цвета, без трещин и «часовых стёкол».

**Подкожная жировая клетчатка:** умеренно развита.

**Мышцы:** развиты удовлетворительно, симметрично, безболезненны, тонус сохранён.

**Кости:** без деформации, периоститов.

**Суставы:** не увеличены, симметричны, движения в полном объёме, при движении безболезненны.

**Лимфоузлы:** не пальпируются.

**Позвоночник:** кифоз позвоночника.

**Шея:** шейные лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие.

**Органы дыхания.**

**Грудная клетка:** Грудная клетка увеличена в переднезаднем направлении, асимметрична, грудина имеет вогнутую форму. Эластичность грудной клетки снижена. Межреберные промежутки ундулируют при дыхании. Ключицы имеют косое направление, плечи приподняты. Голосовое дрожание проводится симметрично во всех точках.

**Сравнительная перкуссия лёгких:** перкуторный звук коробочный, в симметричных участках – одинаковый.

**Аускультация лёгких:** над периферическими отделами лёгких дыхание везикулярное, периодически слышны слабые сухие высокие хрипы.

**Сердечно-сосудистая система.**

**Осмотр и пальпация:** видимой пульсации нет. В области сердца – сердечный горб.

**Верхушечный толчок:** не пальпируется.

**Ширина сосудистого пучка:** 6,5 см.

**Границы сердца:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| правая | правый край грудины | 3 см влево от срединной линии |
| верхняя | 3 ребро | 4 ребро |
| левая | 2 см влево от СКЛ |  |

Длинник сердца – 20 см (должный – 15 см).

Поперечник сердца – 14,5 см (должный – 14 см).

**Аускультация сердца:** тоны сердца ослаблены, слабый систолический шум на верхушке.

**Сосуды:** без видимой пульсации.

**Пульс:** симметричный на обеих руках, 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

**Органы пищеварения.**

**Ротовая полость:** Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

**Живот:** Живот правильной формы, мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. При надавливании на брюшную стенку в эпигастральной области появляются резкие боли. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Херди отрицательны.

**Желудок:** не пальпируется.

**Поджелудочная железа:** не пальпируется.

**Печень:** Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Границы по Курлову 10×8×8,5

**Желчный пузырь:** не пальпируется.

**Тонкая и толстая кишки:** Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

**Селезёнка:** Селезенка не пальпируется. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксиллярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

**Почки:** В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**Неврологический статус.**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей.

**Status localis morbi.**

Жалобы на боли в эпигастральной области. Живот мягкий, симметричный, без внешних проявлений патологического процесса (гиперемии, видимой перистальтики и др.). Признаков асцита нет. При поверхностной пальпации в эпигастральной области наблюдается умеренная болезненность. Желудок не пальпируется.

**Лабораторные данные.**

***Общий анализ крови*** (18.02.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы п/я, %Нейтрофилы с/я, %Эозинофилы, %Базофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1364,960,85,52046621207 | 132 – 1644,5 – 5,10,85 – 1,054,78 – 7,681 – 100 – 647 – 720,5 – 50 – 119 – 373 – 11  |

***Общий анализ мочи*** (18.02.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ЦветПрозрачностьУдельный весБелокМикроскопия осадка | светло-жёлтыйпрозрачная1007отрицательныйединичные эритроциты и клетки плоского эпителия в полях зрения |

 |

***Биохимический анализ крови*** (18.02.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Билирубин (общий/прямой), мкмоль/лОбщий белок, г/лГлюкоза, ммоль/лАСАТ, мккат/лАЛАТ, мккат/лα-амилаза сыворотки, едмочевина, моль/лкреатинин, моль/лНатрий, моль/лКалий, моль/л | 6,4/отр.75,97,60,150,2828,03,90,08144,25,2 | 8,55 – 20,05/не более 25% от общего65 – 853,5 – 5,70,1 – 0,420,1 – 0,4212 – 322,5 – 8,30,044 – 0,12130 – 1503,4 – 5,3 |

***Показатели свёртываемости крови*** (18.02.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %АЧТВ, сФибриноген общий, г/лФибриноген В, г/л | 83,3274,0отр. | 80 – 10525 – 352,5 – 3,5отр. |

**Инструментальные исследования.**

***Компьютерная томография*** (контрастирование ЖКТ per os, 30.01.04).

Печень не выступает из-под рёберной дуги. Плотность паренхимы обычная, структура неоднородна – в S5 гиподенсное образование округлой формы до 3,8 см в диаметре. Внутрипечёночные желчные протоки не визуализируются. В зоне головки поджелудочной железы и петли ДПК определяется мягкотканое образование до 4,3×5,3 см в поперечнике. Дифференцируется от ткани головки поджелудочной железы, оттесняет и деформирует нижнюю полую вену.

*Заключение:* Складывается впечатление об образовании ДПК. Очаговое образование в печени (необходимо внутривенное контрастирование). Показано ЭДПС.

***УЗИ*** (03.02.04).

Правая доля печени на 37 мм выступает из-под края рёберной дуги по СКЛ, её высота 142 мм, левая доля +27 мм из-под мечевидного отростка; её толщина 53 мм. Ткань повышенной эхогенности, неоднородной структуры. Сосудистый рисунок сохранён. Желчный пузырь нормальных размеров, с перегибом в теле, стенка утолщена до 6 мм, контуры неровные. В полости конкременты до 13 мм. Поджелудочная железа: толщина тела – 17 мм, хвоста – 34 мм, ткань неоднородной структуры. По задней поверхности головки – объёмное образование 76×49 мм, пониженной эхогенности, неоднородной структуры с чёткими неровными контурами. Образование сдавливает нижнюю полую вену.

*Заключение:* Объёмное образование брюшной полости, органная принадлежность которого неясна. Диффузные изменения паренхимы печени. Хронический калькулёзный холецистит с деформацией желчного пузыря.

***Гастродуоденоскопия*** (05.02.04).

Пищевод и кардия проходимы, смыкаемы. В желудке умеренное количество слизи, остатки пищи (признаки нарушения эвакуации!). Слизистая желудка с очаговой гиперемией и атрофией. Угол и складки без особенностей. В предпилорической части очаговая эрозия и катар.

Привратник смыкаем, а луковица деформирована, её просвет полностью занят поджелудочным опухолевым образованием округлой формы размером с голубиное яйцо по передней стенке и малой кривизне. С трудом удаётся провести эндоскоп в постбульбарный отдел с эрозийно изменённой поверхностью слизистой в выходном отделе луковицы ДПК (с целью верификации взята биопсия). В ДПК умеренная гиперемия.

*Заключение:* Очаговый субатрофический (застойный) гастрит с эрозией выходного отдела желудка. Подслизистое опухолевое образование луковицы ДПК, осложненное стенозированием, декомпенсация (щелевидный просвет). Дуоденит.

*Цитологическое исследование биоптата:* Комплексы клеток с признаками тяжёлой дисплазии, подозрение на умеренно-дифференцированную карциному. Хронический гастрит с выраженной инфильтрацией, умеренной активностью и дисплазией II степени.

***Спирография*** (18.02.04).

Генерализованная обструкция бронхов в границах первой степени, признаки дискринии.

***ЭКГ*** (18.02.04).

Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый, ЧСС=81. Повышенная нагрузка на левый желудочек.

**Обоснование диагноза.**

На основании жалоб больного на ноющие боли в эпигастральной области, не связанные с приёмом пищи и временем суток, и общую слабость; данных объективного обследования (болезненность при пальпации эпигастральной области), анамнеза развития заболевания (имеется хроническая язва желудка), анамнеза жизни (курение в течение многих лет, работа, связанная с эмоциональными нагрузками, что является способствующим фактором в патологии ЖКТ); семейного анамнеза (брат и сын страдают заболеваниями пищеварительной системы); а также на основании лабораторных данных (увеличение СОЭ) и инструментальных анализов (при компьютерной томографии – мягкотканое образование, дифференцируемое от головки поджелудочной железы; при ультразвуковом исследовании – объёмное образование пониженной эхогенности; при эндоскопическом исследовании - очаговый субатрофический гастрит с эрозией выходного отдела желудка, подслизистое опухолевое образование луковицы ДПК, осложненное стенозированием, декомпенсация (щелевидный просвет), дуоденит; при исследовании биоптата – признаки гастрита, дисплазии II – III степени с подозрением на карциному) можно сделать вывод о злокачественном новообразовании ДПК.

Осложнением основного заболевания является нарушение эвакуаторной функции желудка и сдавление НПВ.

Хронический гастрит и дуоденит могут быть как фоновыми, предрасполагающими заболеваниями, так и реакцией организма на основное заболевание. Застойный характер гастрита свидетельствует в пользу того, что это последствие сдавления опухолью сосудов, т.е. осложнение основного заболевания.

Сахарный диабет, ИБС, ХОБ, ЖКБ и хронический холецистит являются сопутствующими заболеваниями, т.к. они являются самостоятельными нозологическими формами, но могут повлиять на состояние больного и течение болезни.

**Дифференциальный диагноз.**

Основными клиническими симптомами являются боль и болезненность в эпигастральной области. Следует исключить заболевания, сопровождающиеся болью в эпигастральной области: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, полипы желудка, доброкачественная подслизистая опухоль желудка, саркома, туберкулёз, сифилис желудка, панкреатит, опухоль поджелудочной железы, желчекаменную болезнь, хронический колит.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевание | Жалобы | Объективное обследование | Параклинические исследования. |
| ЖКБ | Боли чётко локализованы в правом подреберье, иррадиируют в правую руку и лопатку, непродолжительны, носят коликообразный характер. | Увеличение печени, желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, Захарьина, Мюсси, Бекмана, Йонаша, Мэйо-Робсона.  | При УЗИ – изменение размеров, формы, толщины стенки желчного пузыря, обнаружение в нём камней. |
| Хронический гастрит | Боли в эпигастрии, изжога, рвота, отрыжка, вздутие живота |  | Нарушения секреторной функции желудка, признаки гастрита при рентгенологическом и гастроскопическом исследовании |
| Язвенная болезнь желудка и ДПК | Сезонность болей (преимущественно весной и осенью), обострения чередуются с периодами ремиссии, обычно боли купируются после приёма пищи, щелочного питья, рвоты.  | В анамнезе – хронический гастрит, нервная работа. | Признаки язвы при гастроскопии и биопсии. |
| Хронический панкреатит | Боли появляются во время еды и усиливаются к окончанию трапезы, непереносимость жира, метеоризм, неустойчивый стул |  | Повышение уровня ферментов в крови и моче, изменения формы и размеров железы при УЗИ |
| Опухоль поджелудочной железы | Постоянные интенсивные боли, потеря аппетита, резкое похудание. Симптомы быстро нарастают | Пальпируется увеличенный желчный пузырь, признаки механической желтухи | Изменение ферментного состава крови. Увеличение СОЭ. |
| Хронический колит | Упорные длительные боли в эпигастрии, вздутие живота, расстройства стула. | Болезненность в области толстой кишки. | При копрологическом исследовании – большое количество воспалительных элементов, слизи, лейкоцитов и др. |
| Опухоль желудка и ДПК | Боль не очень интенсивна, не связана с приёмом пищи. | Болезненность и ригидность передней брюшной стенки. | Ахилия, рано возникающая анемия, увеличение СОЭ, на рентгенограмме – дефект наполнения, обрыв складок слизистой, при гастродуоденоскопии – видимые образования, при гистологическом исследовании биоптата – признаки малигнизации. |
| Полипы желудка | Клинически обычно не проявляются |  | На рентгенограмме – дефекты наполнения, при гастроскопии можно увидеть сам полип. |

*Вывод:* Туберкулёз и сифилис исключаются, т.к. в анамнезе нет указаний на эти заболевания, РВ – отрицательна. Язвенная болезнь желудка и ДПК исключаются, т.к. отсутствуют характерные клинические признаки: связь болей с приёмом пищи. Опухоли поджелудочной железы и панкреатит исключаются, т.к. нет сдвигов в биохимической картине крови. Хронический колит исключается, т.к. нет изменений стула. При УЗИ обнаружено наличие камней в желчном пузыре, но клинически у больного это не проявляется. Полипы и доброкачественные опухоли желудка исключаются, т.к. при цитологическом исследовании выявлены признаки малигнизации. Гастрит и дуоденит исключать нельзя, т.к. у данного больного они присутствуют. Однако основные клинические проявления (характер болей, отсутствие связи с приёмом пищи), а также результаты параклинических исследований указывают на опухоль двенадцатипёрстной кишки.

**Лечение.**

Единственным радикальным методом лечения в данном случае является хирургический. К методам консервативной терапии относятся: химиотерапия, лучевая терапия, симптоматическая терапия, он они не приводят к излечению заболевания, а только помогают продлить жизнь и облегчить страдания. Необходимы также мероприятия, направленные на мобилизацию внутренних сил организма: полноценное питание, витаминотерапия и др., а также профилактика обострений других имеющихся у пациента заболеваний.

**Показания к операции.**

**Абсолютные:** Злокачественное новообразование ДПК, стенозирование её просвета, сдавление НПВ.

**Относительные:**

**Противопоказания.**

**Абсолютные:** Не выявлено.

**Относительные:** Сахарный диабет, ИБС, ХОБ, возраст больного.

**Предоперационный эпикриз.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 1939 года рождения (65 лет) поступил в ПХК СибГМУ в плановом порядке 17.02.04.

Жалобы на ноющую боль в эпигастральной области, общую слабость.

На основе жалоб больного, лабораторных и инструментальных исследований (компьютерная томография, УЗИ, цитологического исследования) поставлен диагноз опухоль ДПК. Данный диагноз является абсолютным показанием к операции, т.к. выявлено злокачественное новообразование, которое сдавливает НПВ и нарушает проходимость ЖКТ. Абсолютных противопоказаний не выявлено. Относительными противопоказаниями являются сахарный диабет, ИБС, ХОБ и преклонный возраст больного.

Подготовлен на операцию 26.02.04.

Планируется под наркозом выполнить резекцию опухоли.

Степень риска операции и анестезии – III.

Согласие больного получено.

**Подготовка к операции.**

В ходе предоперационной подготовки были проведены лабораторные и инструментальные исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, исследования показателей свёртываемой системы крови, ЭКГ, спирометрия. Больного осмотрели терапевт и анестезиолог. Выявленные факторы риска осложнений: сахарный диабет, ИБС, ХОБ, возраст больного. С целью их предотвращения больному была назначена антибиотикопрофилактика, строфантин (0,05% - 0,25 мл в вену).

Питание согласно диете № 9. Рекомендуются хлеб из муки грубого помола, низкожирные молочные продукты, заменители сахара (сластилин, ксилит, сорбит). Сахар, кондитерские изделия на сахаре, сладкие фрукты, виноград, бананы не используются. Диета обогащается пищевыми волокнами (пищевые пшеничные отруби, овощи, кроме картофеля, несладкие фрукты, ягоды) и липотропными факторами (творог, овсяная крупа, рыба). Химический состав: белки — 100—110 *г* (60% животные), жиры — 70—80 *г* (30% растительные), углеводы — 300 *г* (простые исключаются). Энергетическая ценность — 2300—2400 *ккал*. Количество поваренной соли — 6 *г,* свободной жидкости — 1,5 *л*.

Поскольку больной страдает сахарным диабетом, рекомендовано заранее перевести его с пероральных противодиабетических препаратов на инсулин.

Непосредственная подготовка больного к плановой операции состояла в приеме гигиенической ванны, бритье операционного поля, опорожнении желудка (с 18 часов предыдущего дня и до операции больному запрещается есть, а утром перед ней – и пить тоже). Вечером накануне операции (в 18 и 22 часа) назначены транквилизатор нозепам (2 таблетки по 0,01) и антигистаминный препарат димедрол (1 таблетка по 0,05).

**Операция.**

**Анестезиологическое пособие.**

Больной взят на операцию в плановом порядке.

 После венопункции была проведена премедикация: атропин 0,1% - 0,7 мл, димедрол 1% - 1 мл, промедол 2% - 1 мл, сибазон – 2 мл.

Вводный наркоз рекофолом (200мг).

На фоне миорелаксации дитилином (200 мг) – интубация (использован аппарат ПО-6Н-05+полинаркон-5. Вентиляция ИВЛ, МОД 11,9, ДО 0,75).

Основной наркоз – закисью азота (кислород – 3 л/мин, закись – 7 л/мин). Рекофол со скоростью 30-120 мг/ч в общей дозе 1800 мг. Сибазон – 10 мг. Фентанил – 1,95 мг – дробно. Дроперидол – 15 мг – дробно.

Миорелаксация ардуаном – 15 мг, дробно.

Инфузия: 0,9% натрия хлорид – 2000 мл, 5% раствор глюкозы – 400 мл, раствор Рингера – 400 мл.

Гемодинамика по ходу операции стабильная.

АД – 160-130/100-80. Пульс – 118-74.

По стандартной методике проводилась ганглионарная блокада 5% раствором пентамина.

С целью коррекции свёртывающей системы крови проводилась трансфузия СЗП А(II)Rh+, объёмом 160 мл №020605 от 06.01.04 донор Матвиенко С.В. Осложнений нет.

Длительность операции – 6 ч 40 мин.

Длительность наркоза – 7 ч 20 мин.

Выход из наркоза плавный. Доставлен в АиР под наблюдение дежурного врача.

**Описание операции.**

Начало операции – 950.

1030. Проведено верхнесрединное чревосечение, доступ к органам верхнего этажа брюшной полости. При ревизии обнаружена опухоль размером примерно 7×5 см, прилегающая к задней стенке брюшной полости (пальпируется за ДПК). Опухоль не прорастает в окружающие ткани, не связана с двенадцатипёрстной кишкой. В полости желчного пузыря пальпируются желчные камни.

1040. Произведена мобилизация желудка. Резекция опухоли затруднена в связи с близким расположением НПВ, двенадцатиперстной кишки, a. gastroduodenalis, a. gastrica dextra, поджелудочной железы и общего желчного протока (рис.1).

1100. Отделение от НПВ. Не удаётся отойти от общего желчного протока без нарушения его целостности. Принято решение рассечь желчный проток с целью доступа к опухоли.

1430. Удалена опухоль овальной формы белесовато-розового цвета. На разрезе видна чёрная сердцевина. Опухоль направлена на гистологическое исследование с целью установления её вида и источника.

1500. Произведено удаление желчного пузыря от дна (рис.2).

1515. Наложение холедохоеюнального анастомоза (рис.3).

1600. Наложение межкишечного анастомоза (рис.4а-е).

Произведён подсчёт марли.

1630. Послойное зашивание брюшной полости с оставлением дренажей. Кожный шов на марлевом валике. Без наложения асептической повязки.

1710. Конец операции.

**Дневник наблюдения течения заболевания.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Рекомендации |
| 17.02.04 | Жалобы на тянущие боли в эпигастральной области без связи с приёмом пищи. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа нормального цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, болезненность в эпигастральной области, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. АД 110/70 mmHg, пульс80 уд/мин. t = 36,5° | ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, анализ свёртывающей системы крови, ЭКГ, спирометрия, осмотр терапевтом, анестезиологом.Диета №9. |
| 18.02.04 | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Отправления в норме. АД 120/70 mmHg, пульс76 уд/мин. t = 36,7° | Диета №9. |
| 20.02.04 | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное Кожа серо-пепельного цвета, сухая. Тургор тканей снижен. Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, чистые. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Тоны сердца приглушены. Слабый систолический шум на верхушке. Дыхание везикулярное, слабые сухие хрипы. Живот мягкий, болезненность при надавливании в эпигастральной области, участвует в акте дыхания. Физиологические отправления в норме. Пульс 76 уд/мин. АД 110/70 mmHg. t = 36,6° | Диета №9.Антибиотикопрофилактика.Строфантин 0,05% - 0,25 мл в вену в 10 мл физраствора. |
| 24.02.04 | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Отправления в норме. Пульс 80 уд/мин. АД 110/70 mmHg. t = 36,6° | Те же. |
| 26.02.04. | Операция. Начало - 950. Конец - 1710.18 ч – сознание восстановлено, мышечный тонус в норме, дыхание восстановлено, больной экстубирован.20 ч. – состояние средне стабильное АД 150/90 mmHg. Пульс 90 уд/мин. t = 37,3° | Сибазон 2 мл в 22чПереливание растворов кристаллоидов и коллоидов. |
| 27.02.04. | Жалобы на боли в области послеоперационной раны, на слабость. Состояние средней тяжести.При осмотре - желтушность кожи и склер.Повышение уровня билирубина в крови. Диурез сохранён. Моча цвета пива.Послеоперационный шов умеренно болезненный, припухлый, не гиперемирован. АД 110/70 mmHg. Пульс 80 уд/мин. t = 37,5° | Сибазон 2 мл в 1 и 6ч.Переливание до 10 л жидкости: раствора Рингера, глюкозы (+инсулин), гемодеза и др.Плазмаферез (взято 850 мл крови, перелито – 500 мл), переливание СЗП.Пенициллин 1000000 ED, внутримышечно 6 раз в сутки. Обезболивание.Парентеральное питание |
| 28.02.04. | Жалобы на боли в области послеоперационной раны, резкие боли в правом подреберье, на слабость. Кашель без отхаркивания мокроты. Состояние средней тяжести. Желтушность кожи. Моча цвета пива.Послеоперационный шов умеренно припухлый, болезненный при пальпации, не гиперемирован, отделяемого нет.АД 130/80 mmHg. Пульс 88 уд/мин. t = 37,2° | Парентеральное питание.Переливание коллоидных и кристаллоидных растворов.Пенициллин.Обезболивание. |
| 02.03.04. | Жалобы на боли в области послеоперационной раны и в правом подреберье, на слабость. Кожа и склеры желтушны. Влажный болезненный кашель с небольшим количеством белой мокроты. Над передними отделами лёгких слышны хрипы. Моча нормального цвета.Послеоперационный шов не гиперемирован, не припухлый, отделяемого нет.АД 110/70 mmHg. Пульс 100 уд/мин. t = 37,2° | Больной переведён из реанимации в палату хирургического отделения.Взят анализ крови на билирубин.Рекомендована мягкая пища.Переливание растворов глюкозы, кристаллоидов и др.Пенициллин.Обезболивание. |
| 04.03.04. | Жалобы на резкие боли в правом подреберье. Склеры умеренно желтушны. Влажный кашель с отхаркиванием небольшого количества бесцветной мокроты. При аускультации лёгких – низкие сухие хрипы. Послеоперационный шов не гиперемирован, не припухлый, отделяемого нет.Отправления в норме. АД 110/70 mmHg. Пульс 86 уд/мин. t = 37,0° | Больной самостоятельно встаёт с кровати.Рекомендации те же. |

04.03.04. Курацию больного закончила.

**Рекомендации.**

Лечение фоновых и сопутствующих заболеваний (гастрита, дуоденита, сахарного диабета, ИБС, ХОБ).

Диетическое питание. Рекомендуется диета с механическим, термическим и химическим щажением (мягкие негорячие каши, молочные продукты). Необходимо соблюдать режим питания: приём пищи дробный, небольшими порциями.

Общеукрепляющие мероприятия (витаминотерапия, соблюдение режима дня, физическая активность). Профилактика ОРЗ, поддержание иммунитета.

Избегать эмоциональных и физических нагрузок, стрессов.

Проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санаторно-курортное лечение.

Наблюдение у гастроэнтеролога.

**Выписной эпикриз.**

Больной \*\*\*\*\*\* 65 лет был переведен ПХК СибГМУ для планового оперативного лечения по поводу опухоли двенадцатипёрстной кишки. При этом у больного были жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, не связанные со временем суток и приёмом пищи слабость, которые развились с августа 2003 года. Больной был обследован и ему проведены были следующие лабораторно-инструментальные исследования: клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, компьютерная томография, УЗИ, гастродуоденоскопия с биопсией. При этом были выявлены удовлетворительное состояние больного, снижение эластичности кожи и тургора тканей, ускоренная СОЭ, на томограмме зоне головки поджелудочной железы и петли ДПК определялось мягкотканое образование до 4,3×5,3 см в поперечнике, которое дифференцировалось от ткани головки поджелудочной железы, при ультразвуковом исследовании также было обнаружено образование брюшной полости неясной органной принадлежности. При гастродуоденоскопии - очаговый субатрофический (застойный) гастрит с эрозией выходного отдела желудка, подслизистое опухолевое образование луковицы ДПК, осложненное стенозированием, При цитологическом исследовании биоптата - комплексы клеток с признаками тяжёлой дисплазии, подозрение на умеренно-дифференцированную карциному. Это позволило подтвердить диагноз Злокачественного образования двенадцатиперстной кишки.

Планировалась операция резекции опухоли, если при диагностической лапаротомии будет подтверждена её операбельность. При ревизии органов брюшной полости была обнаружена опухоль, не связанная с ДПК и не прорастающая в соседние ткани.

Проведена операция: резекция опухоли с последующим наложением холедохоеюнального и межкишечного анастомозов.

В послеоперационном периоде возникла подпеченочная желтуха, которую удалось ликвидировать без повторного операционного вмешательства.

Швы сняты на 12 сутки. Заживление раны первичным натяжением.

Выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение участкового хирурга.

В дальнейшем больному рекомендуется наблюдаться у гастроэнтеролога, а также лечить сопутствующие заболевания, которые выявлены при консультации терапевта: сахарный диабет, ИБС, ХОБ, гастрита, дуоденита.

.**Использованная литература:**

1. Ф.И. Комаров и др. Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1990.
2. Г.Е. Островерхов и др. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – Курск; М.: АОЗТ «Литера», 1996.
3. И.Ф. Матюшин. Практическое руководство по оперативной хирургии. – Горький: Волго-Вятское книжное издательство, 1979.
4. М.Д. Машковский. Лекарственные средства. – М.: ООО «Новая волна», 2003.
5. С.В. Петров. Общая хирургия. – СПб: Питер, 2002.
6. Б.И. Шулутко. Справочник терапевта. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
7. Астаненко. Справочник по диагностике и дифференциальной диагностике хирургических болезней. – Минск: Беларусь, 1988.
8. Г. Симин. Хирургия кишечника. – Бухарест: Медицинское издательство, 1979.
9. М.И. Кузин. Хирургические болезни: учебник для медицинских институтов. – М.: Медицина, 1987.
10. Роберт м. Золингер. Атлас хирургических операций. М.: Б.и., 2002.