**СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Кафедра: факультетской хирургии**

**Зав. кафедрой, преподаватель: доцент, к.м.н.**

**История болезни**

Клинический диагноз:

основное заболевание: рецидивирующая спаечная кишечная непроходимость,

осложнения основного заболевания: нет,

сопутствующие заболевания: нет.

 Время курации: 21.11.2002 – 26.11.2002

Куратор:

1. **ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

**1. Ф., и., о. больного**

**2. Пол** муж.

**3. Возраст** 44 года

**4. Семейное положение** холост.

**5. Место работы, занимаемая должность**

**6. Постоянное место жительства**

**7. Дата поступления в стационар**  19.11.2002.

#### II. ЖАЛОБЫ

**На момент курации:**

 Больной жалуется на резкие тянущие боли в правой половине живота, с иррадиацией в поясничную область, носящие периодический характер, усиливающиеся при пальпации живота. Так же предъявляет жалобы на длительные запоры.

**III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(Anamnesis morbi)**

 Cчитает себя больным с 16.11.02. , когда вечером, того же числа, возникли боли, охватывающие правую часть передней брюшной стенки. По характеру боли резкие, продолжительные, тянущие, с иррадиацией в поясничную область, усиливающиеся при нагрузке. Отмечалось урчание. Задержку стула больной отмечает с 13.11.02. Ранее у больного также отмечались запоры после перенесенной аппендэктомии (на протяжении 9 месяцев), но с помощью слабительных, проблема разрешалась. Запоры появлялись, примерно, каждые две недели и длились 2-4 дня, но болей при этом не было.

 19.11.02 больной поступил в 3-е хирургическое отделение ………в плановом порядке по направлению терапевта.

**IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

**(Anamnesis vitae.)**

#####  Родился в ст. Самская Осинского р-на Ростовской области 7-ым ребенком в семье. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Успешно обучался в школе, ГПТУ. Образование среднее техническое. Служил в вооруженных силах . 7лет назад переехал в г. Архангельск, где и живёт по сей день, работает электросварщиком в ДОАО мк-88 .

##### Проживает в благоустроенной квартире, питание удовлетворительное

Из перенесённых в детстве заболеваний отмечает ветрянку, желтуху, грипп, бронхит, пневмонию. Венерические заболевания, туберкулёз отрицает. Гемотрансфузий не было. В 28 лет произведена аппендэктомия, с развитием осложнений.

##### Наследственный анамнез: мать болеет астмой.

##### Отмечает аллергические реакции на димедрол.

Не курит, алкоголь употребляет умеренно.

**V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**(status praesens)**

 **Общее состояние больного** удовлетворительное. Выражение лица спокойное. Сознание ясное. Положение вынужденное. Рост 171 см., вес 60 кг, телосложение правильное.

 Температура тела 36,6οС. Видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски, влажные. Кожные покровы чистые. Кровоизлияния, высыпания на коже и слизистых оболочках отсутствуют. Подкожная жировая клетчатка умерено выражена. В правой паховой области имеется рубец после аппендэктомии.

 Варикозного расширения вен нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная и суставная системы без видимых изменений. Грудная клетка нормостенического типа. Патологических искривлений позвоночника, деформаций костей таза нет.

Суставы безболезненны, движения в них производятся в полном объеме, конфигурация их не изменена. Отёков нет.

**Дыхательная система:**

 Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания диафрагмальный. ЧДД 18 движений в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет, при пальпации безболезненна, правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочной звук. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, высота стояния верхушек легких спереди 3 см, сзади 6 см, поля Кренига 7 см, нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| -окологрудинная | 5 м/р | - |
| -среднеключичная | 6 р | - |
| -переднеподмыш. | 7 р | 7 р |
| -среднеподмыш. | 8 р | 8 р |
| -заднеподмыш. | 9 р | 9 р |
| -лопаточная | 10 р | 10 р |
| -паравертебральная |  Остистый отросток 11 гр. Позвонка | Остистый отросток 11 гр. позвонка |

**Сердечно-сосудистая система:**

 Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца нет.

**Пальпаторно** верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральной пульсации нет.

Пульс 76 уд. в минуту, хорошего наполнения, напряжения

 **Перкуторно** определяются границы относительной сердечной тупости:

 левая граница: 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии,

 верхняя: по верхнему краю 3-го ребра,

 правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины;

 абсолютной сердечной тупости:

 левая граница: на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

 верхняя: по верхнему краю 4-го ребра.

 правая: по правому краю грудины.

**Аускультативно**: Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 76 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

**Нервная система**:

 По психоэмоциональному состоянию сангвиник.

Рефлексы сохранены, слышит шёпот с 6 метров. Сон беспокойный.

Дермографизм: розовый, не разлитой.

**Эндокринная система:**

 При пальпации щитовидная железа не увеличена, первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Рост 171см, вес 60 кг. Части тела развиты пропорционально.

**Мочеполовые органы:**

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявлено. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь при пальпации не определяются. Дизурических расстройств нет.

**VI. МЕСТНЫЙ СТАТУС**

**(St. localis.)**

**Пищеварительная система:**

 **Полость рта**: Язык влажный, не обложен. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зева розовой окраски.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 1 1 1 1 1 1 1 | 1 1 1 1 1 1 1 1 |
|  1 1 1 1 1 1 1 1к |  1 1 1 1 1 1 1 1 к |

 Миндалины не изменены.

 **Осмотр живота***:* Форма живота овальная. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. Живот равномерно участвует в акте дыхания. Газы не отходят.

 **Пальпация**. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правой пахово-подвздошной области. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Диастаз прямых мышц живота, поверхностно расположенные опухоли не определяются.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка. Слепую кишку, печень пропальпировать не удалось.

 **Перкуссия**. Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком. Перкуссия в правой подвздошной области болезненна.

 При перкуссии печени определены размеры печени по Курлову: 9×8×7.

 Селезёнка при пальпации не определяется. Перкуторно: длинник - 7 см, поперечник - 5 см.

 В правой подвздошной области определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга (болезненность при надавливании рукой и ее резком отрыве, особенно на высоте вдоха).

 Дефекация отсутствует . Симптом Кера полжительный (болезненность при надавливании области правого подреберья при вдохе). Симптом Ортнера отрицателен (нет болезненности при постукивании по рёберной дуге). Симптом Мюсси отрицательный (нет болезненности в правом подреберье при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Симптом Ровзинга отрицательный (нет болезненности в правой подвздошной области при толчках на сигмовидную кишку). Симптом Мейо-Робсана отрицательный (нет болезненности при надавливании в левую подвздошную область).

План обследования

 - ОАК

* Биохимический анализ крови

* Рентгенологическое исследование (желудок и 12-п.к., тонкая кишка, толстая кишка) для выявления внутрибрюшных сращений
* Ирригоскопия через 2-4 дня для выявления наличия периколита и исключить наличие врожденных аномалий толстой кишки
* При неясной картине целесообразно применение рентгенологического исследования с наложением пневмоперитонеума

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 На основании данных собранного анамнеза:

* аппендэктомия в 1984 году с развитием осложнений; интенсивные, тянущие, ноющие постоянные боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область;
* запоры в течение недели на момент поступления, и ранее отмечавшиеся в течение 9 месяцев;
* на основании данных объективного обследования предварительный диагноз: спаечная болезнь.

**VIII.** **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | **20.11.02** |
| **WBC=H, 109/л** | 5,4 |
| LYMF=L, % | 14,8 |
| **MID, %** | 6,7 |
| **GRAN, %** | 78,5 |
| **LYMF, 109/л** | 2,0 |
| **MID, 109/л** | 0,8 |
| **GRAN, 109/л** | 8,2 |
| **RBC, 1012/л** | 4,15 |
| **HGB, г/л** | 125 |
| **HCT, %** | 0,374 |
| **MCV** | 85,7 |
| **MCH** | 29,1 |
| **СОЭ, мм/час** | 23 |

 **Заключение:**  умеренный лейкоцитоз, повышен показатель СОЭ.

Признаки кровотечения отсутствуют; лейкоциты, HB,

эритроциты в норме; признаков воспаления не наблюдается.

 21.11. Биохимический анализ крови

общий белок 74,2 г/л

креатинин 0,080 мМ/л

мочевина 6,02 мМ/л

тимоловая проба 0,8 ед

общ. Билирубин 10,8 мкМ/л

Na 147 мМ/л

K 4,2 мМ/л

Амилаза 145 ЕД

АСТ 29 ЕД/л

АЛТ 18 ЕД/л

протромбиновый индекс 80%

фибриноген 2,7 г/л

 ЭКГ (21.11) Ритм синусовый. ЧСС 66. Нормограмма. Без патологии.

 Рентген: легочные поля чистые, корни легких структурные, синусы свободные, купола диафрагмы подвижные. Сердце и аорта без патологии. Свободный газ под куполами диафрагмы не определяется. В левой половине брюшной полости тонкокишечные уровни по типу арок. Газ в правой половине толстой кишки.

 УЗИ (22.11) Первая доля печени 13,7 см. Поверхность печени ровная, край острый. Ткань мелкозернистая однородная, разряженная сосудистый рисунок усилен за счет системы НПВ. ВВ –1,0 мм, ОПП – 0,2 мм, желчный пузырь – в теле 6,6×2,0 см, стенка 0,2 см, просвет гомогенный. Поджелудочная железа 1,8×1,1×1,6 см с ровным контуром, незначительно уменьшена однородна. Селезенка 7,6×2,8, однородная. Образований и жидкости в брюшной полости нет.

 RRS (22.11) Тубус ректоскопа введен на 20 см. В области ануса геморрой. Слизистая розовая, складки обычные, кишка эластичная, хорошо раздувается воздухом.

 Ирригоскопия (25.11) Определяется толстая кишка обычной длины с параллельным расположением петель. Стенки эластичные, гаустрация сохранена.

 **Заключение:** органических изменений со стороны толстой кишки не обнаружен**о.**

**Дифференциальный диагноз:**

 Основным синдромом у данного больного является болевой. Подобный признак встречается также при остром холецистите, остром панкреатите, прободной язве 12-п.к. и спаечной кишечной непроходимости.

 Предположим, что у больного острый панкреатит. Для него характерны боли в эпигастральной, носящие постоянный характер; вздутие живота, рвота, не приносящая облегчения, ослабление перистальтики. У нашего же больного жалобы на резкие, тянущие боли в правой подвздошной области, иррадиирущие в поясницу, запоры; боли не усиливаются и не связаны с приемом жирной, сладкой, горячей и холодной пищи, а данные рентгенологического исследования указывают на наличие газов в правой половине толстой кишки; УЗИ pancreas: контуры ровные, однородная незначительно уменьшена; слдовательно, данное заболевание отвергаем.

 Предположим у больного острый холецистит, течение которого также сопровождается болевым синдромом с возможной иррадиацией в спину. Но лабораторные данные УЗИ (размеры ж/пузыря, стенка, просвет – в пределах нормы), не подтверждают этого.

 Предположим, что у больного прободная язва 12-и п.к. При данном заболевании – боль “кинжальная”, “дискообразный” живот, исчезает печеночная тупость, у нашего же больного - резкие, тянущие боли в правой подвздошной области, нет язвенного анамнеза, умеренно вздут живот, печеночная тупость есть. Рентгенологически наличие язвенного дефекта не подтверждено. На основании не совпадения признаков, данное заболевание отвергаем.

 Так как у нашего больного имеют место резкие боли в правой половине живота, тянущие, с иррадиацией в поясничную область, носящие периодический характер, перенесенная аппендэктомия в анамнезе, после которой больного стали беспокоить запоры, имеющиеся и сейчас, умеренно вздутый живот, напряжение передних мышц живота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области; данные рентгенологического исследования, показавшие наличие газа в правой половине толстой кишки, что имеет место при спаечной кишечной непроходимости, то на основании совпадения признаков ставим больному этот диагноз.

**IX. Клинический диагноз.**

 На основании жалоб больного на резкие боли в правой половине живота, тянущие, с иррадиацией на поясничную область, носившие периодический характер и жалобы на длительные запоры; наличие в анамнезе перенесенной аппендэктомии и появившихся после нее запоров; болезненности в правой подвздошной области, затруднения отхода газов, напряжения передних мышц живота при осмотре; болезненность при перкуссии в правой подвздошной области, наличия положительных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Кери; газа в правой половине толстой кишки на рентгене, ставлю клинический диагноз:

 основное заболевание: рецидивирующая спаечная кишечная непроходимость,

 осложнения основного заболевания: нет,

 сопутствующие заболевания: нет

**X. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

 Возникновению приступа острой или рецидивирующей спаечной непроходимости у части больных предшествует «разрешающий» фактор: физ. перенапряжение, переедание, потребление грубой или индивидуально непереносимой пищи. Нарушение пищевого режима, употребление недоброкачественной пищи, развитие алиментарной инфекции и наличие острого энтероколита, так же могут быть пусковым моментом в возникновении приступа спаечной непроходимости. Наконец, приступ непроходимости может возникнуть на фоне стресса, например, при инфаркте миокарда. Динамические нарушения (парез), характерные для инфаркта, ожоговой болезни, при наличии спаек в брюшной полости, могут переходить в механическую непроходимость кишечника. Исследования А.О. Верещинского, Е.Е. Хесина и В.М. Мироновой показали, что длительное существование спаек приводит к патоморфологическим изменениям: атрофируются мышечный и слизистый слой кишечных петель, появляются воронкообразные вытяжения стенки кишки. В интрамуральных нервных сплетениях погибает значительная часть ганглиозных клеток. Все эти изменения снижают компенсаторные возможности стесненной спайками перистальтики и являются предрасполагающими факторами. На фоне этих факторов разрешающий момент вызывает усиление или извращение перистальтики и приводит к декомпенсации функции кишечника и появлению приступа механической спаечной или рецидиву спаечно-динамической непроходимости кишечника.

**XI. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1. **Интенсивная терапия: борьба с шоком**
* Обезболивание: а) ненаркотические анальгетики: Sol. Analgini 50% -

 2 ml, в/м

 б) новокаиновые блокады.

1. **Инфузионная терапия** :

Sol. Glucosi 5% -400 ml;

Sol. Ringeri 800 ml;

Sol. KCL 10%- 10ml;

Sol. Novokaini 0,25% -100 ml

1. **Антибиотики широкого спектра действия**
2. **Устранение эндогенной интоксикации (внутривенное введение лазекса)**
3. **Усиление перистальтики кишечника** Sol. Aminasini
4. **Уменьшение влияния симпатической нервной системы –** холинэстеразные средства ( прозерин)
5. **Хирургическое лечение:**

Операция проводится под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Производят срединную лапаротомию, после которой в корень брыжейки тонкой кишки вводят 100-150 мл. 0,25% р-ра новокаина, для предупреждения развития шока во время и после операции. Производят рассечение спаек, которые ущемляют или сдавливают петли кишок. Так же возможна эндоскопическая операция, при которой производят разрез в околопупочной области, длинной 1,5- 2 см., и с помощью эндоскопических инструментов производят рассечение спаек.

**XII. ДНЕВНИК**

 22.11.02 Жалобы на резкие боли в правой половине живота, тянущие, с иррадиацией в поясничную область, носящие периодический характер, длительные запоры. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой, с белым налетом. Живот умеренно вздут, газы не отходят. Имеется напряжение передних мышц живота. Болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Стула нет. АД=135\85 мм рт ст, пульс 76 уд в мин., t=36,9 С. Продолжена интенсивная терапия.

 25.11.02 Жалобы на умеренную боль в правой подвздошной области. Состояние удовлетворительное. Живот умеренно вздут, газы отходят плохо, болезненность в правой подвздошной области при пальпации. После постановки клизмы был стул. АД= 125\85 мм рт ст, пульс 76 уд в мин., t=36,7 С.

 26.11.02 Жалобы на запоры, незначительную болезненность в правой подвздошной области. Живот умеренно вздут, газы отходят плохо, незначительная болезненность в правой подвздошной области при пальпации. АД=135\85 мм рт ст, пульс 76 уд в мин. t=36,6 С.

**XIV. ЭПИКРИЗ**

 Больной………….., поступил в приемное отделение 1 гор. больницы в плановом порядке с диагнозом кишечная непроходимость, вызванная спаечной болезнью. Больной жаловался на резкие боли в правой половине живота, тянущие, с иррадиацией на поясничную область, носившие периодический характер; длительные запоры. При осмотре живот умеренно вздут, газы не отходят. Напряжение передних мышц живота, болезненность при пальпации в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Был заподозрен диагноз спаечная болезнь. После проведения дополнительных методов исследования ( ОАК, биохимия крови, УЗИ ЖВС, ирригоскопия, рентген грудной и брюшной полости ), был поставлен окончательный диагноз: рецидивирующая спаечная кишечная непроходимость. Показаний к операции не выявлено. Назначено консервативное лечение. На фоне проводимого лечения наблюдается незначительная положительная динамика. Продолжается лечение в стационаре 1 гор. больницы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

М.Д. Машковский, « Лекарственные средства », МОСКВА 1991 год.

Кафедра общей хирургии СГМУ, « Методические указания по составлению истории болезни хирургического больного », 1988 год.

М. Н. Кузин, Учебник « Хирургические болезни», 1986 год.

Р.А. Женчевский, « Спайки брюшной полости», 1984 год.

Р.А. Женчевский, «Спаечная болезнь», Москва, Медицина 1989 год.