**Паспортная часть**

**ФИО:** Федоров Роман Евгеньевич

**Дата рождения. Возраст:** 16.03.2003. 21 лет.

**Дата поступления:** 18.12.2023

**Дата выписки:**

**Адрес**: г. Астрахань, ул.Бакинская 21.

**Сведения о родителях**: папа – Федоров Е.О. мама – Федорова П.Р.

**Диагноз при поступлении:** Рак нисходящего отдела толстой кишки. Острая обтурационная кишечная непроходимость.

**Жалобы на момент поступления:** на общую слабость, тошноту, отрыжку воздухом, многократную рвоту, головокружение, боли в животе и вздутие живота, отсутствие стула в течение 6-ти суток.

**Жалобы на момент курации**: Боль в животе при смене телосложения и надавливании

**Анамнез жизни:** родился в Астрахани в семье, состоящей из трёх человек: отца, матери и сестры. Развитие в раннем детском возрасте и дошкольном периоде соответствовало норме. В школу начал ходить с семилетнего возраста. Учёба давалась хорошо.

Половое созревание началось с 13 лет, особенностей его протекания не отмечал.

Холост, детей нет.

Бытовые условия хорошие. Проживает с родителями в 2-х комнатной квартире. Конфликты бывают редко.

Питается не регулярно, 3-4 раза в день с перекусами. Употребляет в пищу копчёные, жареные, жирные продукты. Особых предпочтений в еде не наблюдает.

В настоящий момент спортом не занимается.

Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРЗ в детском возрасте, переломы конечностей, остеохондроз, болезнь Озгут-Шляттера - в юношеском возрасте. Не имеет наследственных заболеваний; туберкулёзом, сифилисом, психическими расстройствами, заболеваниями сердечно - сосудистой системы, злокачественными новообразованиями, гемофилией не страдает. Наличие данных заболеваний у ближайших родственников отрицает.

Аллергические реакции отрицает.

**Анамнез болезни:** Считает себя больным с 15.12.2023 после ужина, когда начались боли в области живота, тошнота, отрыжка воздухом, в дальнейшем присоединилась сильная слабость и головокружение, появилась многократная рвота, стула не было. 18.12.2023 обратился в поликлинику по месту жительства, где проводилось соответствующее лечение. Лечение не дало результата, боли только усилились. На скорой помощи доставлен в экстренном порядке в АМОКБ в приемное отделение, госпитализирован в хирургическое отделение.

**Локальный статус:** Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Температура тела 36,80 С.
Рост 170 см. Вес 68 кг. Телосложение нормостеническое.
Цвет кожи обычный, тургор нормальный. Видимые слизистые обычного цвета, влажные, язык сухой, обложен по бокам. Подкожная клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы пальпируются как эластичные образования размером 0,5 – 1,0 см, не спаянные друг с другом и подлежащими тканями. Развитие мышц удовлетворительное, тонус нормальный, симметричный. Функция суставов сохранена. Активные и пассивные движения во всех суставах сохранены в полном объёме.
Органы дыхания
Дыхание через нос, свободное, ритмичное, ЧДД 17 в минуту. Голос громкий, чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, межреберные промежутки умеренные, над- и подключичные ямки выполнены, эпигастральный угол прямой, грудная клетка симметрична. Тип дыхания смешанный.
При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки.
При перкуссии над симметричными участками грудной клетки выслушивается ясный легочный звук.

Форма костей правильная. Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног в пределах нормы, патологических деформаций нет.

Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация

Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье, на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии площадью 1 на 1,5 см, удовлетворительной силы, резистентный.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости:
Правая-в 4-м межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины
Верхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae
Левая-в 5-м межреберье на 0,5 см от среднеключичной линии

Границы абсолютной сердечной тупости:
Правая-по левому краю грудины
Верхняя-на уровне 4-го ребра
Левая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. Акцент 2-го тона над легочным стволом, расщепление 2-го тона над легочным стволом. На верхушки сердца и в точке Боткина-Эрба выслушивается систолический шум мягкий, музыкальный, занимающий 1/3 систолы, исчезающий при физической нагрузке и при перемене положения тела.

Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

**Дыхательная система**

Осмотр

Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- брюшной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

Пальпация

Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

Перкуссия

Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:
по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра
по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра
по l. axillaris anterior- 7 ребро
по l. axillaris media- 8 ребро
по l. axillaris posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:
по l. parasternalis- -------
по l. medioclavicularis- -------
по l. axillaris anterior- 7 ребро
по l. axillaris media- 9 ребро
по l. axillaris posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:
Спереди на 3 см выше ключицы.
Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 4 см
на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 4 см
на выдохе 4 см

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

Аускультация

Над всеми аускультативными точками выслушивается жесткое дыхание. На передней поверхности легких выслушиваются сухие хрипы.

**Пищеварительная система**

Осмотр

Язык бледно-розовый, влажный, сосочковый слой выражен. Зубы: кариозных изменений не обнаружено, зубных протезов нет. Зубная формула:

Десны бледно-розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо бледно-розовые, без налётов, изъязвлений и геморрагий. Зев и задняя стенка глотки раздражены, слегка гиперемированы. Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые. Запах изо рта отсутствует. Живот при исследовании стоя и лёжа обычной конфигурации, вздут, симметричный, не участвует в дыхании. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет. На коже живота визуализируется ушиб в области печени. При поверхностной пальпации напряжение передней брюшной стенки, болезненный в правой подреберной области. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, грыжи белой линии живота, пупочной грыжи нет.

**Границы печени:**

|  |
| --- |
|  |
| место перкуссии | верхняя (относительная) | Нижняя |  |
| правая срединно-ключичная линия | На уровне 4 ребра | На уровне нижнего края рёберной дуги |  |
| срединная линия | - | На границе между верхней и средней третью расстояния между мечевидным отростком и пупком |  |
| левая рёберная дуга | - | На уровне 7 ребра |  |
|  |  |  |  |

**Размеры печени по Курлову:**

|  |
| --- |
|  |
| по правой срединно-ключичной линии | 8 см |  |
| по срединной линии | 7 см |  |
| по рёберной дуге | 6 см |  |
|  |  |  |

Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Курвуазье, Ортнера и френикус-симптом отрицательные.

Печень внешне не увеличена, пульсации нет.

Селезёнка для пальпации в положении лёжа на спине и на боку не доступна. Перкуссия селезёнки:

|  |
| --- |
|  |
| Поперечник | 6 см |  |
| Длинник | 6 см |  |
|  |  |  |

Поджелудочная железа не пальпируется.

При осмотре поясничной области без особенностей, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лёжа и стоя почки не пальпируются. Пальпация в рёберно-позвоночных точках (проекция почек) безболезненна. Симптом поколачивания по поясничной области (Пастернацкого) отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, при перкуссии над исследуемой поверхностью мочевого пузыря, притупленный тимпанический перкуторный звук.

Тип оволосенения мужской, волосяной покров на лице незначительный, на животе отсутствует, в подмышечных впадинах и в лобковой области умеренно выражен. Гинекомастии не наблюдается. Голос низкий. При осмотре наружных половых органов аномалий не наблюдается, отёка мошонки нет, эрозий, язв и опухолевых образований полового члена не выявлено. При пальпации яичек болезненности нет.

Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Ожирения нет, вес в норме.

Кожные покровы умеренно влажные, не истончены, гиперпигментации кожи и кожных складок нет. Диспропорции в органах нет.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный.

Сознание обморочное. Ориентировка в месте, времени, ситуации отсутствует. Отмечается ослабление внимания, снижения памяти, нарушение критики.

Судороги не наблюдаются, контрактуры мышц нет, объём движений и сила в конечностях сохранены.

Пальпаторной болезненности по ходу нервных стволов и корешков нет, нарушений кожной и глубокой чувствительности не выявлено.

Патологических симптомов нет, сухожильные рефлексы сохранены.

**Status localis**

При осмотре полости рта слизистые не изменены, язык влажный, с налетом по бокам. Состояние зубов удовлетворительное, десны, мягкое и твердое небо без изменений.
Живот ассиметричный левая его половина вздута, в акте дыхания не участвует.
Пальпация болезненная при надавливании во всех отделах, перистальтика ослаблена, следов раздражения брюшины нет, выслушивается шума плеска.
Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мюсси отрицательные.
Селезёнка при пальпации не определяется.
Перкуссия
При перкуссии брюшной полости выслушивается тимпанический звук.
Границы печени по Курлову:
Верхняя граница по правой срединно – ключичной линии - 6 ребро справа;
Нижняя граница по правой срединно – ключичной линии – на уровне реберной дуги, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка грудины, по левой реберной дуге – на уровне левой парастернальной линии.
Аускультация
Перистальтика кишечника выслушивается. Шум трения брюшины, сосудистые шумы при обследовании не выявлены.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Диагноз поставлен на основании:
- жалоб больного на общую слабость, тошноту, отрыжку воздухом, многократную рвоту, головокружение, боли в животе и вздутие живота, отсутствие стула в течение 6-ти суток.
- данных анамнеза о нерациональном питании

-данных осмотра, выявившего ассиметричность живота, особенно левой его половины из-за вздутия, болезненной пальпации при надавливании во всех отделах, ослабленную перистальтику, шум плеска.

**План обследования больного:**

Общий анализ крови.
Общий анализ мочи.
Биохимический анализ крови: билирубин, мочевина, амилаза, креатинин.
ЭКГ
Исследование крови на групповую принадлежность, RW и ВИЧ.
Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
Хирургическое лечение по показаниям

Осмотр анестезиолога.

**Данные лабораторных инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

Результаты лабораторного и инструментального исследования

Общий анализ крови
Показатель 18.12.2023
Hb 120 – 166 г/л
Эритроциты 3,5 – 5,0\*1012/л
ЦП 0,86 – 1,05
Лейкоциты 4,0 – 8,8\*109/л
ПЯН 16 1 – 6%
СЯН 45 – 70%
Эозинофилы - 0 – 4%
Лимфоциты 18 – 40%
Моноциты 2 – 9%
СОЭ 14
Заключение: лимфоцитоз, повышение СОЭ

Биохимический анализ крови от 18.12.2023
Показатели
Креатинин 154ммоль/л 44-132 ммоль/л
Билирубин 15,9ммоль/л 8,5-20,5 ммоль/л
Глюкоза 10,36 ммоль/л 3,5-5,5 ммоль/л
Мочевина 11,4 ммоль/л 2,5-8,3 ммоль/л
Амилаза 41,4 ммоль/л 16-30 ммоль/л

Общий анализ мочи
Показатели 18.12.2023
Количество, мл 150
Прозрачность мутная
Реакция кислая
Цвет Соломенно-желтая
Плотность мочи 1019
Белок отрицательный

Микроскопическое исследование
18.12.2023
Эпителий
Переходный 0-2 в п/з
Почечный отсутствует
Лейкоциты 0-1 в п/з
Эритроциты 0-0-1 в п/з
Слизь +
Заключение: без патологии

Обзорное рентгенографическое исследование брюшной 18.12.2023

На рентгенограмме брюшной полости видны раздутые петли тонкой кишки, слева горизонтальные уровни жидкости в петлях тонкой кишки (чаши Клойвера). Визуализируется объемное образование в нисходящем отделе толстого кишечника
Заключение: Острая кишечная непроходимость. Новообразование нисходящего отдела толстого кишечника?
ЭКГ 18.12.2023
Ритм синусовый ЧСС 88 ударов в минуту, электрическая ось вертикальная, не исключена суправентрикулярная желудочковая тахикардия.
Реакция Вассермана отрицательная.
Группа крови А(II), Rh+ (положительный)

Обзорная рентгенография органов грудной полости: Лёгкие и сердечнососудистая тень в пределах нормы.

Осмотр анестезиолога:

Обследованы общее состояние больного, деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем. Выбран адекватный метод анестезии.

План и методы лечения

Показана экстренное хирургическое вмешательство: лапаротомия, дренирование брюшной полости.

**Предоперационный эпикриз**

Больной Федоров Роман Евгеньевич 2003 года рождения поступил в экстренном порядке с явлениями острой кишечной непроходимости, что подтверждено обзорной рентгенографией брюшной полости и клинически. В настоящее время состояние больного тяжёлое, тяжесть обусловлена явлениями острой кишечной непроходимости, живот вздут, болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена, выслушивается шум плеска.
Диагноз: острая кишечная непроходимость. Новообразование нисходящего отдела толстого кишечника?
Операция: лапаротомия, дренирование брюшной полости
Степень операционного риска: II
Риск тромбоэмболических осложнений: средний
Группа крови и резус фактор: А(II), Rh+
Согласие больного на операцию получено.
Премедикация:
Sol. Promedoli 2% - 2,0
Sol. Athropini 0,1% - 1,0 внутримышечно
Sol. Dimedroli 1% - 1,0

С целью предоперационной антибиотикопрофилактики сделано: цефтриаксон-1г.+Sol.NaCL 0,9%- 20.0 в/в стр.

С целью предоперационной профилактики тромбоэмболии сделано: гепарин-2500 ЕД п/к, эластичное бинтование н/конечностей.

**Протокол операции**

Положение больного на спине. Операционное поле дважды обработано раствором йодопирона, и дважды хлогексидином. Под ЭТН произведена срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости. При ревизии в нисходящем отделе толстого кишечника обнаружено объемное образование из-за которого возникла обтурационная кишечная непроходимость. Взята биопсия образования и отправлена на гистологическое исследование с целью решения вопроса о дальнейшем лечении больного. Брюшная полость дренирована. Гемостаз – сухо. Контроль на инородные тела – не обнаружено. В малый таз введена полихлорвиниловая трубка, послойно швы на рану. Йодно-асептическая наклейка.
Диагноз: Образование нисходящего отдела толстого кишечника. Рак? острая обтурационная кишечная непроходимость.
Осложнения: нет

**Лечение**

1. Раствор анальгина 50 %, 2,0 мл + раствор димедрола 1%, 1,0 мл – внутримышечное введение, 2 раза в день.

Rp.: Sol. Analgini 50 % - 2 ml

 D.t.d. № 10 in amp.

 S. По 2 мл внутримышечно.

Rp.: Sol. Dimedroli l%- 1,0
 D.t.d. №3 in amp.
 S. Вводить в/м по 1 мл.

1. Антибиотикотерапия

**Дневник**

**19.12.2023 г**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 36.90 С, АД 135/88 мм.рт.ст, ЧСС 84 уд. в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание жесткое, усиленное в н/заднебоковых отделах; с обеих сторон сухие рассеянные единичные хрипы. ЧД 17 в минуту. Язык покрыт белым налетом. Живот не вздут, симметричен, умеренно болезненный при пальпации слева, там же отмечается локальное умеренное мышечное напряжение. Желчный пузырь не пальпируется. Газы отходят. Мочеиспускание безболезненное, свободное, выделилось около 200 мл мочи светлого желтого цвета. В области послеоперационной раны воспаления не наблюдается, швы состоятельны. Произведена смена асептической повязки.

**22.12.2023 г**

Жалобы на боль в месте послеоперационных ран. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, контактна. Температура 36.60С, АД 120/85 мм.рт.ст, ЧСС 83 уд. в минуту. Пульс 83 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧД 16 в минуту. Язык покрыт белым налетом. Живот не вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в области послеоперационных ран, без симптомов раздражения брюшины. Перистальтика выслушивается на обычных тонах, газы отходят. Стул скудный. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Гиперемии и инфильтрации краев ран нет, швы без признаков нагноения. Повязки сухие, по дренажу из брюшной полости выделилось незначительное количество серозно-геморрагического содержимого. Лечение по листу назначения.

**Эпикриз**

Больной Федоров Роман Евгеньевич 2003 года рождения поступил в экстренном порядке, на лечении в хирургическом отделении с 18.12.2023 года с диагнозом: острая кишечная непроходимость.
Поступил 18.12.2023 в 11:20 с жалобами на общую слабость, тошноту, отрыжку воздухом, многократную рвоту, головокружение, боли в животе и вздутие живота, отсутствие стула в течение 6-ти суток. Доставлен бригадой скорой помощи.
Диагноз острая кишечная непроходимость поставлен на основании:
- жалоб больного на общую слабость, тошноту, отрыжку воздухом, многократную рвоту, головокружение, боли в животе и вздутие живота, отсутствие стула в течение 6-ти суток.
- данных анамнеза о нерациональном питании
- данных осмотра, выявившего ассиметричность живота, особенно левой его половины из-за вздутия, болезненной пальпации при надавливании во всех отделах, ослабленную перистальтику, шум плеска.
- данных обзорного рентгенологического исследования брюшной полости, при котором выявились раздутые петли тонкой кишки, слева горизонтальные уровни жидкости в петлях тонкой кишки (чаши Клойвера). Образование нисходящего отдела толстого кишечника ?
- данных общего клинического обследования: в общем анализе крови – лимфоцитоз и повышение СОЭ.
Больному 18.12.2023 в 18.00 под общей анестезией была проведена экстренная операция лапаротомии, биопсия образования нисходящего отдела толстого кишечника, дренирование брюшной полости.
Интраоперационный диагноз: Острая кишечная непроходимость Осложнение: нет
Послеоперационный период протекал без осложнений. Больному была инфузионная терапия (Sol. Glucosae 5% , Insulini 4 ЕД, Sol. Vitamini C 5%), обезболивание (S. Promedoli 2%), терапия, направленная на профилактику тромбоэмболических осложнений (гепарин-2500 ЕД п/к перед операцией, на следующий день после операции, на второй день). На фоне проводимой [**терапии**](https://med-books.by/istorii_vnutrennie-bolezni/) отмечается положительная динамика. Рана заживает первичным натяжением.
В настоящее время больной продолжает находиться в стационаре для наблюдения за состоянием и ожидает результаты гистологического исследования образования нисходящего отдела толстого кишечника для решения вопроса о дальнейшем лечении.