**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

### МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

**УНИВЕРСИТЕТ**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Куратор:     студент V курса 11 группы леч.веч. Флеров И.С.**

**МОСКВА 2002.**

**Ф.И.О. Стрельникова Маргарита Михайловна**

**Возраст**: 72 года.

**Профессия: Н**а пенсии.

**Адрес:** г.Москва,

**Дата написания ИБ:** 9.IV.2002 год.

**Жалобы при поступлении:** Жалобы на боли в области пупка, грыжевого выпячивания.

**Жалобы на момент осмотра:** жалоб не предъявляет.

**Anamnesis Morbi.**

Больна в течение последних 2-х лет, когда впервые заметила появление выпячивания в области пупка, увеличивающееся при кашле и физической нагрузке. Последнее обострение в течение 3-х дней, когда впервые появились заметные боли в области грыжевого выпячивания в области пупка, после физической нагрузки (принесла домой тяжёлую сумку). Боли носили острый характер. Боли не купировались приемом анальгина и Но-Шпа. Обратилась в ГКБ№52, госпитализирована во II хирургическое отделение.

**Anamnesis Vitae.**

Родилась первым ребенком из двух детей. На момент рождения мать и отец здоровы. Жилищные условия – хорошие. Росла и развивалась по возрасту.

Заболевания перенесённые в детстве: Корь, ОРЗ. О проводимых профилактических прививках не помнит.

В школу пошла с семи лет, закончила семь классов средней школы. Училась хорошо.

Менструация с 13 лет регулярные безболезненные. Имеет двоих здоровых детей Вредных привычек – отрицает.

Наследственный анамнез – не отягощён.

Сопутсвующие заболевания: ИБС, артериальная гипертензия, стенокардия ф.к.II.

Психические заболевания, венерические болезни, болезни крови, туберкулёз, травмы, операции отрицает.

Аллергологический анамнез – отрицает

Материально обеспечена. Условия жизни – хорошие. Питание полноценное, 3-х разовое.

**ОБЩИЙ ОСМОТР.**

Состояние больной на момент курации удовлетворительное, сознание ясное, положение – активное. Режим – постельный. Нормостенического телосложения, повышенного питания (ожирение 1-2 степени). Кожные покровы телесной окраски, сухие, эластичность кожи снижена, тургор ткани снижен, отёков нет. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, наибольшие отложения жира отмечаются на животе и бёдрах.

Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены.

Мышцы развиты удовлетворительно, эластичные, тонус их сохранён.

Суставы нормальной конфигурации, безболезненные, кожа над суставами не изменена, движения в суставах в полном объёме, безболезненные.

Костная система развита хорошо. Осанка правильная. Пальпируемые кости не деформированы, безболезненны.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

**Жалобы.**

Жалоб не предъявляет.

**Осмотр.**

Дыхание через нос, свободное. Голос звучный. Грудная клетка конусовидная, симметричная. Обе половины грудной клетки одинаково принимают участие в акте дыхания. Дыхание нормальной глубины, грудной тип, ритмичное. ЧДД – 17 в минуту.

**Пальпация**

Без особенностей.

**Перкуссия**

*Топографическая перкуссия*:

Нижние границы лёгких.

Правое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 7 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 8 ребро;

l. scapularis – 9 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 10.

Левое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 6 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 9 ребро;

l. scapularis – 10 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 11.

Границы верхнего края лёгких:

## Правое лёгкое: Спереди на 3,5 см выше ключицы. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Левое лёгкое:

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

*Сравнительная перкуссия.*

Над симметричными участками лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук.

**Аускультация**

Дыхание везикулярное на всём протяжении лёгочных полей.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

**Жалобы.**

На чувство головокружения, мелькание «мушек» перед глазами, чувство тяжести в затылке. Частые головные боли. С 1990 года эпизодически принимала гипотензивные средства (дибазол, папазол, раунатин) в случаях повышения артериального давления до 160-170/100-110 мм.рт.ст. В течение последних 2-3 месяцев принимает Капотен по 1 таблетке 2 раза в сутки. Рабочее АД-140/80.

**Осмотр**

Пульсации у основания сердца, в области верхушечного толчка, надчревной области не наблюдается.

**Пальпация**

Верхушечный толчок определяется по 5-му межреберью 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Нормальной высоты, умеренной силы, нерезистентный. Пульс симметричный, частотой 75 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения.

**Перкуссия**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 2 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 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Сосудистый пучок выходит за пределы грудины в 2-м межреберье на 1.5 см. Поперечник сосудистого пучка – 8 см.

**Аускультация**

Тоны сердца ритмичные, звучность тонов приглушена. ЧСС- 80 уд. в мин.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

**Жалобы.**

Жалоб не предъявляет.

**Осмотр**

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки пропальпировать не удалось. Симптом поколачивания в области поясницы – слабоположительный справа, слева - отрицательный. Болезненность при пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Перкуторно мочевой пузырь не выступает над лобковым сочленением. Дизурических явлений нет.

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИCСЛЕДОВАНИЕ**

Жалоб нет.

Сознание ясное, настроение спокойное. Реакция зрачков на свет живая D=S.

Грубой неврологической сиптоматики нет.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

**Жалобы при поступлении:** На боли в области грыжевого выпячивания, носящие «тянущий» характер.

**Осмотр дежурного хирурга при поступлении:** язык влажный живот мягкий, в пупочной области в области грыжевого выпячивания пальпируется платное не вправимое в брюшную полость образование размерами 1х2 см. Кашлевой толчок – не проводится.

**Жалобы (на момент курации)**

Не предъявляет

**Осмотр.**

Язык влажный, с отпечатками зубов, покрыт серовато-желтоватым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, в области пупка – клеевая повязка. При пальпации выявляется умеренная болезненность в области послеоперационной раны. Сигмовидную, поперечно-ободочную, слепую кишку, нижний край печени, желчный пузырь, селезёнку пропальпировать не удалось. При пальпации по ходу поджелудочной железы отмечается нерезкая болезненность, поджелудочную железу пропальпировать не удалось. Симптом Ортнера – отрицательный, при поколачивании по реберной дуге слева выявляется нерезкая болезненность; симптом Василенко – слабо положительный, френикус-симтом (Мюсси) – отрицательный; симптом Мерфи – отрицательный; симптом кашлевого толчка – отрицательный; симптом Мейо-Робсона - отрицательный.

Симптом Щеткина-Блюмберга – слабо положительный.

Границы печени по Курлову: l.med.clavicularis 12 cm; l.ma – 11cm; лев реб.

Дуга 9 см.

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб на боли, появившиеся в области грыжевого выпячивания около 3-х суток назад, данных объективного обследования: наличие плотного невправимого образования размерами 1х2 см. в области грыжевого выпячивания, кашлевой толчок не проводится поставлен предварительный диагноз – «ущемленная пупочная грыжа»

**План Обследования.**

1. Обзорная R-грамма брюшной полости.
2. Общий анализ мочи;
3. Общий анализ крови;
4. Групповая принадлежность + Rh-фактор + анти Rh-AT;
5. Биохимический анализ крови (билирубин, мочевина, остаточный азот, креатинин, общий белок);
6. RW, ВИЧ, Hbs-АГ;
7. ЭКГ;
8. Флюорография грудной клетки;

# План лечения

# 1. Необходимо проведение срочной операции «грыжесечение» с последующей пластикой передней брюшной стенки, для предупреждения развития кишечной непроходимости, перитонита и перфорации кишки.

# Данные лабораторных и инструментальных исследований

Анализ мочи от 8/IV/2002

Цвет – жёлтый;

Прозрачность – полная;

Плотность – 1015

Реакция - кислая;

Белок – ABS;

Глю – abs;

Кетоновые тела - abs;

Эпителий – 3-5 в поле зрения;

Лейкоциты – до 1-2 в поле зрения;

Эр. Неизменённые – 0-1 в поле зр.;

Общий анализ крови от 8/IV/2002

Hb – 130,0

Эр – 5,6

Цветовой показатель – 0,9

Тр – 180,0

Leu – 14,7

Анализ крови на Групповую и резус принадлежность

Группа крови – В (III) Rh+; Анти Rh-AT не обнаружены;

**Осмотр дежурного терапевта в приемном отделении.**

Обективно: состояние относительно удовлетворительное, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18, ЧСС-110, АД 170/110 ммю.рт.ст. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС-120, высокий R в V1-V2 неизвестной давности.

Диагноз: ИБС, Артериальная гипертензия, кардиосклероз. В госпитализации в терапевтическое отделение не нуждается.

**8/IV/2002 15:00-15:30 Операция «грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо»**

Под ЭТН разрезом окаймляющим пупок рассечена кожа, клетчатка. Выделен и вскрыт грыжевой мешок. Последний содержал прядь сальника. Сальник перфорирован, тусклого цвета. Сальник иссечен в пределах неизмененных тканей, гемостаз. Рана ушита послойно. Швы на кожу.

# ДНЕВНИК

**9/IV/2002**

Жалоб нет. Ночь спала хорошо. Объективно: ЧДД=16 в мин, при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=76 уд/мин, при пальпации живот мягкий, отмечается некоторая бюолезненность в области послеоперационной раны, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,7°С.

**10/IV/2002**

Жалобы прежние и присоединились жалобы на головные боли в области затылка, головокружение (связывает с вынужденной отменой антигипертензивного препарата(капотен)). Объективно: ЧДД=15 в мин, А/Д 170/100 мм.рт.ст при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=70 уд/мин, при пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,8°С.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

В данном случае дифференциальный диагноз не вызывает особых сложностей. Возраст больной, четкая связь с анамнезом: «Больна в течение последних 2-х лет, когда впервые заметила появление выпячивания в области пупка, увеличивающееся при кашле и физической нагрузке. Последнее обострение в течение 3-х дней, когда впервые появились заметные боли в области грыжевого выпячивания в области пупка, после физической нагрузки (принесла домой тяжёлую сумку). Боли носили острый характер. Боли не купировались приемом анальгина и Но-Шпа.»; наличие грыжевого выпячивания на передней брюшной стенке в области пупка, плотно-эластической консистенции, невправимое в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится, позволяют с уверенностью поставить диагноз. 1. Сомнения могут возникнуть лишь в отношении опухоли передней брюшной стенки, но и здесь помогает правильно собранный анамнез и четкая связь болей с физической нагрузкой. 2. Острый холецистит – характерно возникновение острых болей в области правого подреберья, положительные симптомы Ортнера и Мёрфи, иррадиация болей в правое надплечье и лопатку. 3. Резкое возникновение болей в эпигастральной области с развитием перитонита характерно для клиники прободения полого органа. 4. Появление боли в эпигастральной области и смещение её в правую подвздошную область, а также наибольшая болезненность в данной области характерно для острого аппендицита.

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ.**

Т.к. у больной ущемленная пупочная грыжа, необходимо проведение срочной операции «грыжесечение» с последующей пластикой передней брюшной стенки, для предупреждения развития кишечной непроходимости, перитонита и перфорации кишки.

# ЛЕЧЕНИЕ

1. Перевязка области послеоперационной раны.
2. Sol. Baralgini 5,0 – в/м

D.S. при болях.

3. при появлении признаков воспаления целесообразно назначить антибиотики широкого спектра действия.