Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

[Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=298)

Заведующий кафедрой: дмн, [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2) Черданцев Дмитрий Владимирович

Заведующий отделением: дмн, [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2) Черданцев Дмитрий Владимирович

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О. пациента:П

Диагноз основной: Болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое рецидивирующее течение , среднетяжелая форма.

Осл.: Субкомпенсированная обтурационная кишечная непроходимость.

Куратор: Ларина Ольга Александровна

Студент 426 группы

Лечебного факультета

Дата заполнения истории болезни: 24.02.2020г

Проверил: [КМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=1&c%5bdegrees%5d=1), [Доцент](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=1)

Коваленко Альберт Александрович

Красноярск

2020

# Паспортная часть

1. ФИО: П
2. Дата и время поступления: 10.02.2020г., в 11:00
3. Дата выписки: 23.02.2020
4. Пол: мужской
5. Возраст: 34 года
6. Профессия и место работы: Работающий на постоянной работе ИП Лемешко
7. Место жительства: Красноярский край
8. Диагноз при поступлении: Болезнь Крона тонкой кишки
9. Клинический диагноз: Болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма.

Осл.: Субкомпенсированная обтурационная кишечная непроодимость.

1. Диагноз при выписке (заключительный диагноз):
2. Дата и название операции: 12.02.2020 Лапаротомия, резекция подвздошной кишки, наложение илеоасцендоанастомоза, аспирационное дренирование брюшной полости
3. Исход болезни: выздоровление

# Жалобы

На периодические боли в животе спастического характера; жидкий, кашицеобразный стул до 3 раз в день; общую слабость; болезененность в области послеоперационных швов.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным с 2012 года, когда после перенесенного стресса возникли боли и тяжесть в эпигастрии, возникающие после принятия жирной пищи, жидкий или кашицеобразный стул 3-4 раза в день ежедневно, метеоризм, снижение массы тела с 110 кг до 64 кг. Рост 168см. Был поставлен диагноз- хронический панкреатит, эрозивный гастрит. Лечился амбулаторно, позже был поставлен диагноз - СРК . В сентябре 2019 стал отмечать зуд в области ануса и промежности. В ноябре был пройден курс терапии, после чего отмечает исчезновение зуда. Лечился по месту жительства по поводу СРК, эффективность лечения- без эффекта. С октября 2019 наблюдался гастроэнтерологом, проктологом ККБ. Выставлен диагноз - болезнь Крона; лечение без видимого эффекта. В связи с ухудшением общего самочувствия и нарастанием клиники стриктуры тонкой кишки, обратился в приемное отделение ККБ. 10.02.2020 был госпитализирован в отделение колопроктологии ККБ. При поступлении отмечалась болезненност в области тонкого и толстого кишечника спастического характера; жидкий, кашицеобразный стул до 3 раз в день; общая слабость. По результатам фиброколоноилеоскопии: илеоцекальный клапан стенозирован, просвет до 0,8см , за счет рубцов на проксимальной стенке . Здесь же - линейной формы эрозивно- язвенный дефект(0,3\*0,5см с фибрином и гиперемией слизистой). По результатам пассажа контрастного вещества по тонкому кишечнику- стойкое сужение просвета терминальных петель подвздошной кишки, рисунок перистый в тощей кишке. 12.02.2020 проведена операция: Лапаротомия, резекция подвздошной кишки, наложение илеоасцендоанастомоза, аспирационное дренирование брюшной полости. На момент осмотра жалобы прежние.

# Анамнез жизни

Родился в Красноярском крае, в срок. Рос и развивался соответственно возрасту. Один ребенок в семье. Школу окончил в 18 лет. В 2005 году окончил автодорожный техникум по специальности автомеханик. И был призван в армию. Служил в пограничных войсках.

В 2года переболел дизентерией. В детском возрасте болел ОРЗ, ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет отрицает.

Операции отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гемотрансфузии отрицает.

Семейный анамнез не отягощен.

Условия быта удовлетворительные, живет с женой в 2-х комнатной квартире вмногоквартирном доме. Условия труда хорошие. Профессиональных вредностей не испытывает.

Вредные привычки: курит марихуанну 9 лет, алкоголь употребляет в умеренных количествах.

**STATUS PRAESENS**

Сознание ясное. Положение в постели активное. Общее состояние удовлетворительное.

Голова правильной формы, средних размеров. Шея обычной формы, недеформирована. Телосложение нормостеническое. Вес- 64 кг, рост- 168 см. ИМТ=22,7.

**Кожные покровы:** цвет кожных покровов обычной окраски. Напряжение и эластичность кожи умеренная, обычной влажности. Оволосенение по мужскому типу.

Температура тела: 36,7 град. С.

**Слизистые оболочки:**  слизистые розовой окраски, чистые. Высыпаний не обнаружено. Налет на языке белого цвета, в незначительном количестве. На миндалинах и тканях зева отсутствует.

**Подкожно-жировая клетчатка:** развита слабо. Периферических отеков не обнаружено.

**Лимфатические узлы**: лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются.

**Костно- мышечная система:** мускулатура развита нормально. Болезненность при пальпации мышц не отмечается.

**Суставы:** конфигурация суставов не изменена, отечности, деформации нет. Кожа над ними не гиперемирована. Болезненность при пальпации отсутствует.

**Нервная система**: Память не нарушена. Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени. Общительный, адекватно воспринимает вопросы и также на них отвечает. Отношение к болезни адекватное.

Сознание ясное, обоняние, вкус, не искажены. Косоглазия, нистагма нет. Реакция зрачков на свет сохранена. Со стороны органа слуха отклонений нет. Судороги, тремор, ригидности затылочных мышц отсутствует. Сон глубокий, ровный. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения: легкая слабость, усталость. Спит 8-9 часов в сутки.

Менингеальные симптомы отсутствуют. Нистагма нет. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохране

**Дыхательная система:** Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное. Охриплости нет, разговаривает нормально. Ощущение сухости в носу не наблюдается. ЧДД- 16/мин., тип дыхания смешанный. Грудная клетка правильной формы. Дыхание самостоятельное, проводится по всем легочным полям.

**Пальпация грудной клетки**: При пальпации грудной клетки болезненность не отмечается. Эластичность сохранена.

**Перкуссия легких:**

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Справа** | **Слева** |
| **Спереди** | 3 см. выше уровня ключицы | 3 см. выше уровня ключицы |

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | **Слева** |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная | V ребро  VI ребро  VII ребро  VIII ребро | **----**  **----**  VII ребро  VIII ребро |

 Подвижность нижних краев легких

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | | | **Слева** | | |
| Вдох | Выдох | Общее | Вдох | Выдох | Общее |
| Среднеключичная | 2 см | 2 см | 4 см | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |

**Аускультация легких:** дыхание проводится по всем легочным полям. Характер дыхания: жесткое. Хрипы не выслушиваются.. Крепитация, шум трения плевры отсутствуют.

**Система органов кровообращения:** На момент исследования частота пульса 80 уд/мин., артериальное давление 120/86 мм. рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена.

**Пальпация:** Верхушечный толчок умеренной силы, высокий, ширина 2 см, локализация- V межреберье, кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральная пульсация, сердечное дрожание не определяется. Болезненности в области сердца при пальпации не наблюдается.  
**Перкуссия:**

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца: | |
| Правая | На 1, 5 см кнаружи от правого края грудины, IV межреберье. |
| Левая | V межреберье, кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | По линии parasternalis |
| Поперечник относительной тупости | 16 см |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см |

|  |  |
| --- | --- |
| Абсолютная тупость сердца | |
| Правая | По левой грудинной линии |
| Левая | На 0,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | По линии parasternalis |

**Аускультация:** тоны сердца ясные, ритмичные. Шум трения перикарда не выслушивается.

**Мочеполовые органы:** Боли и неприятные ощущения в органах мочеотделения, промежности, над лобком, в области наружных половых органов не беспокоят. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии нет, имеются ночные мочеиспускания. Моча соломенно-желтая. Отеков нет. Выпячиваний над лобком нет. Оволосенение по мужскому типу.

**Пальпация:** Пальпация мочевого пузыря безболезненная.

**Перкуссия:** В надлобковой области притупления перкуторного звука нет.

**Эндокринная система:** Нарушение роста нет, телосложение нормостенического типа, масса тела 64 кг ИМТ=23,7. Избыточного веса нет. Влажность кожных покровов умеренная, без истончения, огрубления. Глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Кожа над щитовидной железой не изменена.

**Пальпация:** Щитовидная железа не увеличена, безболезненная, структура однородная, края ровные. Пульсации в ее области нет. При акте глотания железа подвижна, безболезненна.

**STATUS LOCALIS**

**Система пищеварения:** Аппетит умеренный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Рвоты нет. Стул жидкий или кашицеобразный, 3-4 раза в день, количество умеренное, кал не оформленный, коричневый. Язык влажный нормальных размеров, розовый, сосочковый слой достаточно выраженный, имеется небольшое количество налета, трещины и язвы отсутствуют; зев, миндалины, глотка без изменений, розовой окраски. Слизистые чистые, розовые, влажные. Зубы с кариозными изменениями.

Живот обычной формы, не вздут, симметричный. При осмотре грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота, патологических образований не обнаружено. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет. Расширение вен передней брюшной стенки отсутствует.

**Перкуссия:** При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени- тимпанит. Перкуторная болезненность отсутствует.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота:** Живот мягкий, спокойный, болезненный в области послеоперационых швов. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

**Глубокая пальпация:**

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, незначительно болезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

**Аускультация:** Перистальтические шумы обычные. Шум трения брюшины и сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты и почечных артерий отсутствуют.

**Печень и желчный пузырь:**  Жалобы отсутствуют. Бывает тошнота после приема жирной пищи. Желтуха отсутствует.

Выпячивания в области правого подреберья и ограничение этой области в дыхании отсутствует.

**Перкуссия:** Симптомы Ортнера, Менделя отрицательные.

Границы печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | VI ребро |
| Нижняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | X ребро |
| По передней срединной линии | XI ребро |
| По левой реберной дуге | XII ребро |

Поперечник по правой среднеключичной линии 9см.

Поперечник по передней срединной линии 8см.

Поперечник по левому реберному краю 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом Кера, желчного пузыря, Курвуазье и френикус отрицательный.

**Пальпация:** Печень при пальпации безболезненная, край слегка закругленный, мягкий. Поверхность печени гладкая.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

**Селезенка:** Жалоб нет. Выпячивания в области левого подреберья, ограничения этой области в дыхании нет.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

Симптомы острого панкреатита: Раздольского, Мейо-Робсона, Воскресенского, Керте, Мондора отрицательные.

**Грыжи**: грыжевых выпячиваний, деффектов аппоневроза, диастаза прямых мышц живота, расширения наружных паховых колец не определяется

**Исследование прямой кишки:** перианальная область без особенностей. При исследовании прямой кишки патологических образований, нависания стенок прямой кишки, болезненности нет. Тонус сфинктера в норме. Ампула прямой кишки пустая. На перчатке следы кала коричневого цвета.

**ПРЕДВАРИТЕЛБНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного

можно предположить Болезнь Крона

Дифференциальная диагностика: неспецифический язвенный колит, неоплазии толстой и тонкой кишки, дивертикулит, эндометриоз, ишемический колит, синдром раздраженного кишечника.

Для подтверждения диагноза следует провести: ОАК , б/х анализ крови, изосерологическое исследование крови , анализ кала на скрытую кровь, кальпротектин фекальный, анализ кала на яйца глистов, фиброколоноилеоскопию, пассаж контрастного вещества по тонкому кишечнику

# ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

По результатам фиброколоноилеоскопии: илеоцекальный клапан стенозирован, просвет до 0,8см , за счет рубцов на проксимальной стенке . Здесь же - линейной формы эрозивно- язвенный дефект(0,3\*0,5см с фибрином и гиперемией слизистой).

По результатам пассажа контрастного вещества по тонкому кишечнику- стойкое сужение просвета терминальных петель подвздошной кишки, рисунок перистый в тощей кишке.

Лабораторные результаты:

1. ОАК

СОЭ 21 мм/час

Гемоглобин 110 г/л

Гематокрит 36,3 %

Нейтрофилы 78,6 %

Лимфоциты 13,4%

1. Изосерологическое исследование крови

Группа крови А II

Резус- фактор отрицательный

1. Анализ кала на яйца глистов

Патогенные простейшие НЕ БНАРУЖЕНЫ

Яйца гельминтов НЕ ОБНАРУЖЕНЫ

1. Копрологическое исследование

Нейтральный жир ++++

Растительная клетчатка неперевариваемая +++

Крахмальные зерна внутриклеточные ++++

Йодофильная флора ++++

Слизь ++

Лейкоциты 2-4

Эритроциты 7-10

1. Кальпротектин фекальный

Кальпртектин 150 мг/кг

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На момент осмотра предъявляет жалобы на периодические боли в животе спастического характера; жидкий, кашицеобразный стул до 3 раз в день; общую слабость. Боли в животе, жидкий и кашицеобразный стул появились в 2012 году. 10.02.2020г. был госпитализирован в отделение колопроктологии ККБ. При поступлении отмечались боли в животе спастического характера, жидкий стул 4 раза в день.

Лабораторно: СОЭ 21 мм/час, гемоглобин 110 г/л, нейтрофилы 78,6 %, лимфоциты 13,4%, кальпртектин фекальный 150 мг/кг, копрологическое исследование эритроциты 7-10, нейтральный жир ++++,растительная клетчатка неперевариваемая +++, крахмальные зерна внутриклеточные ++++, йодофильная флора ++++, слизь ++, лейкоциты 2-4

По результатам фиброколоноилеоскопии: илеоцекальный клапан стенозирован, просвет до 0,8см , за счет рубцов на проксимальной стенке . Здесь же - линейной формы эрозивно- язвенный дефект(0,3\*0,5см с фибрином и гиперемией слизистой).

По результатам пассажа контрастного вещества по тонкому кишечнику- стойкое сужение просвета терминальных петель подвздошной кишки, рисунок перистый в тощей кишке.

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и

локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных

можно поставить диагноз: Болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое

рецидивирующее течение , среднетяжелая форма. Субкомпенсированная

обтурационная кишечная непроходимость.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ Дифференциальный диагноз болезни Крона ободочной кишки и неспецифического язвенного колита затруднен из-за сходства начала заболевания и многих общих симп­томов. Отличительными признаками болезни Крона обо­дочной кишки является менее выраженная диарея. Стул кашицеобразный 3—4 раза в день в противоположность частому и водянистому, который бывает при неспецифиче­ском язвенном колите. При болезни Крона боли в животе тупые, постоянные, реже острые. Схваткообразные боли бывают только при развитии кишечной непроходимости. Кровотечения крайне редки и наблюдаются главным обра­зом при вовлечении в процесс прямой кишки. Для болезни Крона характерны хроническое тече­ние заболевания, сегментарность поражения, наличие стриктур, деформации кишки с изменениями слизистой оболочки по типу «булыжной мостовой» за счет образова­ния глубоких поперечных и продольных язв-трещин, кото­рые проникают через серозную оболочку, вызывая сначала образование инфильтрата с последующим формированием внутренних свищей, а затем и наружных свищей. Для неспецифиче­ского язвенного колита характерно более острое начало е тенезмами, частым водянистым стулом с кровью и гноем. Более частая локализация процесса в левой половине обо­дочной кишки при начале процесса в прямой кишке и диффузным распространением на лежащие выше отделы.

ИЕРСИНИОЗ. Yersinia enterocolitica является возбудителем острого энтероколита. В воспалительный процесс вовлекается терминальный отдел подвздошной и толстая кишки. Клинические и рентгенологические симптомы напоминают болезнь Крона. Имеются и внекишечные проявления -- узловая эритема и полиартрит. При эндоскопии кишечника выявляются афтозные язвы слизистой. Возможно хроническое течение процесса, перфорации язв кишечника и перитонит. Окончательный диагноз устанавливается на основании микробиологических анализов крови, кала, а также серологических тестов.

ТУБЕРКУЛЕЗ КИШЕЧНИКА. Излюбленной локализацией туберкулеза кишечника является илеоцекальная область -- туберкулезный илеотифлит,но поражаться могут все отделы желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления и рентгенологическая картина поражения схожи с болезнью Крона. При колоноскопии характерны гранулематозные поражения кишки или язвенные дефекты. Характерны стриктуры кишки, как и при болезни Крона. У половины больных рентгенологических признаков туберкулеза легких не определяется. Туберкулиновая проба положительна также лишь в 50% случаев. Основными диагностическими критериями являются: определение микобактерии и гистологическая картина биоптатов кишки; присутствие гранулем с наличием гигантских клеток Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом в центре.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА. У ряда пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, возможно появление кровавых поносов, потери массы тела, болей в животе, железодефицитной анемии. Последняя иногда может быть единственным симптомом при данной патологии. Нестероидные противовоспалительные препараты могут вызывать развитие язвенных поражений в тонкой и толстой кишках. При колоноскопии выявляется воспаление слизистой оболочки, язвенные дефекты, иногда стриктуры кишки. Возможны тяжелые осложнения: кишечное кровотечение, перфорация или кишечная непроходимость.

План обследования

1. ОАК
2. Б/х анализ крови
3. ОАМ
4. УЗИ органов брюшной полости

План лечения

1. Стол 4
2. Режим палатный
3. Rp:Sol. Ketoprofeni 2.0
4. В/м при болях
5. Rp:Caps. Omeprazoli 20 mg

S. Внуть по 1 капсуле 2 р/д

1. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg
2. S. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

Предоперационный эпикриз

11.02.2020

Пациент П, поступил 10.02.2020

Учитывая жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни, общий и

локальный статусс, методы дополнительных обследований и лабораторных данных

выставлен диагноз диагноз: Болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое

рецидивирующее течение , среднетяжелая форма. Субкомпенсированная

обтурационная кишечная непроходимость.

Показано хирургическое лечение в плановом порядке.

Планируется операция: Лапаротомия, ревизия брюшной полости, резекция тонкой кишки с анастомозом.

Обезболивание общее

Группа крови, резус: А (II), Rh (-)

Больной с планом операции и возможными осложнениями ознакомлен, согласии на операцию получено. О возможности наложения кишечной стомы предупрежден.

Премедикация:

Rp:Sol. Trimeperdini 2%-1,0

1. В/м за 30 минут до операции

Rp:Sol. Amoxicillini1.2

Natrii Chloridi 0.9%- 250 ml

1. В/в за 30 минут до операции

Протокол операции:

Дата начала операции: 12.02.2020

Время начала операции: 10:30

Дата окончания операции: 12.02.2020

Время окончания операции: 12:00

Продолжительность:90 минут

Оценка интраоперационной кровопотери:100 мл

Срочность: плановая

Анестезия: общая

**ЛАПАРОТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, НАЛОЖЕНИЕ ИЛЕОАСЦЕНДОАНАСТОМОЗА, АСПИРАЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.**

Код по ОК МУ: А16.17.006

Под общим обезболиванием , после обработки операционного поля трижды произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости незначительная- до 70 мл мутного серозного выпота, преимущественно в полости малого таза, осушен. При ревизии выявлено: подвздошная кишка представляет собой плотный инфильтрат с резко утолщенной до 2,5- 3,0 см собственной брыжейкой и резко инфильтрированной, утолщенной стенкой кишки в 30 см от илеоцекального угла- участок протяженностью до 10см, далее в 70 см еще один участок протяженностью до 5-6 см, , и третий в метре от илеоцекального угла протяженность 4-5 см, стенка приводящих отделов дилятирована до 4-5 см за счет наличия кишечного содержимого в просвете. Воспалительно измененный конгломерат петель представляет собой единый инфильтрат, располагающийся в правом мезогастрии.

Имеются увеличенные до 2,0 см мягко эластичные лимфатические узлы в корне брыжейки тонкой кишки и по ходу регионарных сосудов. Патологии других органов брюшой полости не определяется. Мобилизована подвздошная кишка в пределах здоровой зоны стенки кишки отступая 15 см в дистальном направлении: в 3 см от илеоцекального угла и в 30 см в проксимальном направлении с помощью насадки Ligasure 37 мм. Отмечается массивное диапедезное кровотечение из корня, остановлено дополнительной перитонезацией непрерывным обвивным швом викрол 3/0. Макропрепарат отсечен, направлен на гистологическое исследование.

Культя подвздошной кишки 3 см от илеоцекального заглушена в непрерывный обвивной и отдельные серо- серозные швы викрилом.

Наложен илеоасцендоанастомоз конец в бок в свободную тению по противобрыжеечному краю непрерывным обвивным швом викрол 3/0. Контроль на гемостаз, герметичность анастомоза.

Брюшная полость по правому боковому каналу и полость таза дренирована системой активной вакум аспирации установленной черезлюмботомию справа. Операционная рана послойно ушита наглухо. Дивульсия ануса. Ас повязка. Критерии безопасности хирургического вмешательства выполнены в полном объеме.

Препарат для исследования

Тонкая кишка с наличием воспалительных изменений в стенке, брыжейке, протяженных стриктур в просвете кишки. Слизистая по типу булыжной мостовой.

**Диагноз К50.0 Болезнь Крона тонкой кишки**

Болезнь Крона тонкой кишки с исходом в субкомпенсированные стриктуры.

Субкомпенсированная обтурационная тонкокишечная непроходимость.

Оператор:Н

Ассистент:К

Дневник:

19.02.2020

Обход заведующего отделением И

Состояние больного относительно удовлетворительное. Тяжесть состояния обусловлена объемом и сроками оперативного вмешательства. Жалобы на периодические боли спастического характера в животе, боли в области послеоперационной раны, жидкий или кашицеобразный стул 3 раза в день.

Объективно: Цвет кожных покровов обычной окраски и влажности. Пульс 76 уд/мин, АД 126/82 мм.рт.ст, t тела 36.9. Сердечные тоны ясные. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Живот не вздут, симметричен, не увеличен, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Перистальтика удовлетворительная. Печень по краю реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Стул кашицеобразный, коричневого цвета, газы отходят. Диурез не нарушен, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

St.localis: Швы состоятельны, без признаков воспаления. Дренажные раны заживают вторичным натяжением, отделяемого нет. Туалет швов, АС повязка.

Назначения:

1. Стол 4
2. Режим палатный
3. Rp:Sol. Ketoprofeni 2.0
4. В/м при болях
5. Rp:Caps. Omeprazoli 20 mg

S. Внуть по 1 капсуле 2 р/д

5. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg

S. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

20.02.2020

Обход заведующего отделением И

Состояние больного ближе к удовлетворительному. Жалобы на периодические боли спастического характера в животе, боли в области послеоперационной раны, жидкий или кашицеобразный стул 3 раза в день.

Объективно: Цвет кожных покровов обычной окраски и влажности. Пульс 70 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст, t тела 36.6. Сердечные тоны ясные. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Живот не вздут, симметричен, не увеличен, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Перистальтика удовлетворительная. Печень по краю реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Стул кашицеобразный, коричневого цвета, газы отходят. Диурез не нарушен, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

St.localis: Швы состоятельны, без признаков воспаления. Дренажные раны заживают вторичным натяжением, отделяемого нет. Туалет швов, АС повязка.

Назначения:

1.Стол 4

2. Режим палатный

3. Rp:Sol. Ketoprofeni 2.0

1. В/м при болях

4.Rp:Caps. Omeprazoli 20 mg

S. Внуть по 1 капсуле 2 р/д

5. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg

S. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

21.02.2020

Обход заведующего отделением И

Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны, жидкий или кашицеобразный стул 3 раза в день.

Объективно: Цвет кожных покровов обычной окраски и влажности. Пульс 70 уд/мин, АД 120/78 мм.рт.ст, t тела 36.9. Сердечные тоны ясные. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Живот не вздут, симметричен, не увеличен, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Перистальтика удовлетворительная. Печень по краю реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Стул кашицеобразный, коричневого цвета, газы отходят. Диурез не нарушен, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

St.localis: Швы состоятельны, без признаков воспаления. Сняты через один. Дренажные раны зажила вторичным натяжением, отделяемого нет. Туалет швов, АС повязка.

Назначения:

1.Стол 4

2. Режим палатный

3. Rp:Sol. Ketoprofeni 2.0

1. В/м при болях

4.Rp:Caps. Omeprazoli 20 mg

S. Внуть по 1 капсуле 2 р/д

5. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg

S. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

22.02.2020

Обход заведующего отделением И

Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на жидкий или кашицеобразный стул 3 раза в день.

Объективно: Цвет кожных покровов обычной окраски и влажности. Пульс 70 уд/мин, АД 120/78 мм.рт.ст, t тела 36.9. Сердечные тоны ясные. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Живот не вздут, симметричен, не увеличен, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Перистальтика удовлетворительная. Печень по краю реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Стул кашицеобразный, коричневого цвета, газы отходят. Диурез не нарушен, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

St.localis: Швы состоятельны, без признаков воспаления. Сняты полностью. Рана зажила первичным натяжением.Туалет швов, АС повязка.

Назначения:

1. Стол 4
2. Режим палатный
3. Rp:Sol. Ketoprofeni 2.0
4. В/м при болях
5. Rp:Caps. Omeprazoli 20 mg

S. Внуть по 1 капсуле 2 р/д

5. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg

S. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

Выписной эпикриз:

Больной П, поступил 10.02.2020 в отделение колопроктологии ККБ с диагнозом

Болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое

рецидивирующее течение , среднетяжелая форма. Субкомпенсированная

обтурационная кишечная непроходимость для планового оперативного вмешательства.

Жалобы на периодические боли в животе спастического характера; жидкий, кашицеобразный стул до 3 раз в день; общую слабость. Боли в животе, жидкий и кашицеобразный стул появились в 2012 году. 10.02.2020г. был госпитализирован в отделение колопроктологии ККБ. При поступлении отмечались боли в животе спастического характера, жидкий стул 4 раза в день.

По результатам фиброколоноилеоскопии: илеоцекальный клапан стенозирован, просвет до 0,8см , за счет рубцов на проксимальной стенке . Здесь же - линейной формы эрозивно- язвенный дефект(0,3\*0,5см с фибрином и гиперемией слизистой).

По результатам пассажа контрастного вещества по тонкому кишечнику- стойкое сужение просвета терминальных петель подвздошной кишки, рисунок перистый в тощей кишке.

12.02.2020 выполнена операция ЛАПАРОТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, НАЛОЖЕНИЕ ИЛЕОАСЦЕНДОАНАСТОМОЗА, АСПИРАЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. Первые сутки после операции пациент находился в отделении ОРИТ. По стабилизации состояния для дальнейшего лечения переведен в отделение колопроктологии. Послеоперационный период протекал гладко, эвакуаторная функция кишечника восстановлена, болевой синдром купирован. Швы сняты на 10 сутки, рана зажила первичным натяжением.

Пациент выписывается 23.02.2020 в удовлетворительном состояни под наблюдение хирурга, гастроэнеролога поликлинники.

Рекомендовано:

1. Диета № 4
2. Ношение бандажа на протяжении 3 месяцев
3. Ограничение физических нагрузок
4. Rp:Sol. Sulfalazini 500 mg
5. Внуть по 4 таблетки 1 р/д

Выдан больничный лист №1565 с 10.02.2020 по 23.02.2020 и с 24.02 по 25.02.2020.