**Ставропольская Государственная**

**Медицинская Академия**

Кафедра госпитальной хирургии.

Зав. кафедрой: профессор Вафин А.З.

Руководитель группы: к.м.н. Шигалов О.В.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

ФИО

 Куратор- студентка 510 А группы

 Слайковская Ольга Николаевна.

Время курации: 7 по 14 сентября 2006 г.

Ставрополь, 2006 г.

**Общие данные**

Фамилия, имя, отчество: ФИО.

Возраст:60 лет.

Пол: женский.

Образование: высшее.

Семейное положение: замужем.

Профессия: Инженер-химик.

Место работы: Пенсионер. Работает на частном предприятии.

Домашний адрес: Ставрополь, ул. Бурмистрова д. 9, кв. 9.

Дата и время поступления в стационар:5 09.2006г 10.00 .

Госпитализация экстренная. Доставлена машиной скорой помощи..

Клинический диагноз: хронический калькулезный холецистит.

Сопутствующие заболевания: Нет

Операция: Холецистэктомия 7 09 2006г.

Начало курации: 7 09 2006г. 08 50.

**7 09 2006 СУБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Незначительная боль в правом подреберье. Сухость во рту.

**ЖАЛОБЫ ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ**:

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит: хороший. Во рту по утрам бывает горький привкус.

Жалобы на ощущение тяжести в эпигастральной области и в правом подреберье после приема жирной пищи, иногда сопровождается изжогой. Тошнота после погрешностей в питании.

Жалобы на вздутие живота. Для уменьшения вздутия принимает эспумизан. Стул: регулярный, склонность к поносам.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Жалобы на кашель преимущественно по утрам, с небольшим количеством прозрачной мокроты.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ощущение сердцебиения, колющие боли в сердце при волнении. Проходят самостоятельно.

Периодические подъемы АД до 140/90 мм рт ст., которые проявляются головными болями, . Состояние улучшается после приема 20 мг каптоприла.

Отеки на голенях вечером, после ходьбы.

ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалобы нет

ОРГАНЫ ДВИЖЕНИЯ

Жалобы на боль в коленных суставах после ходьбы, быструю утомляемость.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Память нормальная. Зрение ослаблено(близорукость -1), слух в норме.

ЛИХОРАДКА

Повышения температуры до госпитализации не было.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

(анамнез болезни)

Заболевание началось в 1987 году, когда впервые появились приступообразные колющие боли в правом подреберье после приема жирной пищи. Было проведено УЗИ органов брюшной полости, патологии не выявлено. В дальнейшем заболевание медленно прогрессировало, приступы участились до 2 раз в месяц. Для купирования боли применяла спазмолитики, без эффекта. Приходилось вызывать скорую помощь. Соблюдает диету.

Вечером 2 сентября появилась ноющая боль в правом подреберье. Больная стала соблюдать голод. Боли не уменьшались. В ночь на 6 сентября боль стала нестерпимой, приступообразной. Утром вызвала скорую помощь. В стационаре приступ снят. Планируется холецистэктомия 7 09 2006г.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

**(анамнез жизни)**

Общие автобиографические данные: Родилась в г.Баку. Матери было 25лет, отцу 27. Первый ребенок в семье, был брат (младше на 5 лет). Родилась в срок, вскармливалась грудным молоком. Росла и развивалась, не отставая от сверстников, бытовые и жилищные условия были хорошие. В 7 лет пошла в школу, закончила 10 классов. Окончила Бакинский институт. Замужем. Имеет 1 дочь. Беременности и роды (1982 г) протекали тяжело. Была большая кровопотеря. Климакс начался в 46 лет. Протекает тяжело с «приливами», головными болями. Работа в настоящее время связана с эмоциональным напряжением.

Перенесенные заболевания: В детстве частые ангины. В 9 лет перенесла скарлатину. В 1971г прооперирована по поводу острого аппендицита. Хронический обструктивный бронхит с 1996 года. Состояние ухудшается в сырую, холодную погоду. Отмечает периодические повышения АД до 140/90 мм. рт. ст. субъективно проявляющиеся головными болями, слабостью. Никакие медикаменты регулярно не применяет.

Аллергические реакции не отмечает Алкоголь не употребляет, не курит. Туберкулёз, венерические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает.

Семейный анамнез: Дочь здорова. Родители умерли в возрасте более 80 лет. У тети и отца был сахарный диабет. Брат умер во время операции по повод рака кишечника. Других наследственных заболеваний не отмечает.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Состояние больного: Удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение больного: Активное.

Выражение лица: спокойное.

Телосложение: правильное.

Конституциональный тип: нормостенический.

Рост 160 см. Вес 86 кг.

Кожные покровы: Обычной окраски, влажность нормальная. Тургор кожи умеренно снижен. Оволосение по женскому типу.

Склеры обычной окраски, не изменены.

Подкожная клетчатка развита умеренно, отёков нет.

Лимфатические узлы: подъязычные, подчелюстные передние шейные и задние шейные, околоушные, затылочные, над и подключичные, интеркостальные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Мышцы: развиты нормально. Кости: Деформаций нет. Боли при пальпации нет. Суставы: не изменены, движения в полном объеме.

Щитовидная железа не увеличена.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Осмотр грудной клетки: форма нормостеническая, эпигастральный угол близок к прямому; обе половины грудной клетки в акте дыхания участвуют согласованно. Над- и подключичные области обычные, лопатки плотно прижаты к рёбрам, симметричны, искривления позвоночника не обнаружено.

Тип дыхания: брюшной, Глубина дыхания нормальная, дыхание ритмичное. Число дыханий в минуту: 19. Одышки в покое нет.

Пальпация грудной клетки: боли при пальпации нет, грудная клетка эластична. Голосовое дрожание не изменено.Перкуссия легких: При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочный звук. Ширина полей Кренига: 5 см. Высота стояния верхушек спереди:3 см, сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

**Расположение нижних границ лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Правое** | **Левое** |
| Linea parasternalis | V межреберье |  |
| Linea medioclavicularis | VI ребро |  |
| Linea axillaries anterior | VII ребро | VII ребро |
| Linea axillaries media | VIII ребро | VIII ребро |
| Linea axillaries posterior | IX ребро | IX ребро |
| Linea scapularis | X ребро | X ребро |
| Linea paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

**Подвижность нижних краёв лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правого | Левого |
| На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Linea axillaries media | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 6 |

Аускультация легких: дыхание везикулярное, Хрипов нет.

**ОРГАНЫ КРОВОБРАЩЕНИЯ**

Исследование артерий и вен Артериальный пульс на лучевых артериях ритмичный одинаковый на обеих руках. Частота 68 ударов в минуту. Пульс хорошего наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. Шумов над артериями нет. Капиллярного пульса нет. Артериальное давление: 120/80 мм рт ст. Шейные вены, вены передней брюшной стенки не расширены.

Осмотр и пальпация области сердца: выпячиваний в области сердца нет Верхушечный толчок в V-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии, ограниченный, нормальной высоты, силы и резистентности. Сердечного толчка нет. При пальпации область безболезненна.

Перкуссия сердца: **границы относительной сердечной тупости**:

1. правая - в 4-м межреберье по правому краю грудины

2. левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

3. верхняя – в 3-м межреберье..

конфигурация нормальная, поперечник -10 см., ширина сосудисто­го пучка во 2-м межреберье 4 см

Аускультация сердца:

1 точка. Прослушиваются 2 тона (лучше первый) ритмичные, ясные, шумов нет.

2 точка. Прослушиваются 2 тона (лучше второй) тоны ритмичные, ясные, шумов нет.

3 точка. Прослушиваются 2 тона (лучше второй) тоны ритмичные, ясные, шумов нет.

4 точка. Прослушиваются 2 тона (лучше первый) тоны ритмичные, ясные, шумов нет.

5 точка. Прослушиваются 2 тона, ритмичные тоны, ясные, шумов нет.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр полости рта: запаха изо рта нет. Язык влажный, чистый. Зубов нет ,имеются протезы. Зев нормальной окраски.

Осмотр живота: правильной формы, мягкий, форма округлая, симметричный. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. В правой подвздошной области послеоперационный рубец в косом направлении, длиной около 8 см, шириной около 0,8 см, возвышается над поверхностью кожи.

Поверхностная пальпация: Живот при поверхностной пальпации безболезнен. Расхождения мышц живота по белой линии нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Методическая глубокая, скользящая, топографическая пальпация по методу Образцова-Стражеско: При глубокой пальпации большую кривизну желудка определить не удалось. Поперечно-ободочная кишка, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки при пальпации безболезненны. Пальпируются как гладкие эластичные цилиндры, уплотнений нет. Сигмовидная кишка, пальпируется в левой подвздошной области, ширина 2 см, слабоболезненна, эластична, подвижна. При пальпации урчание. Слепая кишка – пальпируется в правой подвздошной области, упругая, напряженная, гладкая, диаметром 2 см. При пальпации безболезненна.

Перкуссия живота: характер перкуторного звука тимпанический. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Аускультащия: прослушиваются перистальтические шумы.

**ПЕЧЕНЬ, ЖЕЛЧНЬЙ ПУЗЫРЬ, СЕЛЕЗЕНКА.**

Исследование печени: Перкуссия печени по Курлову

1. По правой срединно-ключичной линии верхняя граница- 5-е межреберье, нижняя - по рёберной дуге (размер 9 см.)
2. По срединной линии: размер 8 см.
3. По левому рёберному краю: размер 7см.

Пальпация печени: край печени закругленный, ровный безболезненный; поверхность гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется, пальпация в точке Кера болезненна; симптом Ортнера положительный.

Селезёнка: пальпировать и перкутировать не удалось.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Почки пальпировать не удалось. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

**МЕСТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

**локальный статус**

Живот правильной конфигурации, не вздут. Передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания.

 Живот при поверхностной пальпации безболезнен. Расхождения мышц живота по белой линии нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

 Желчный пузырь не пальпируется, пальпация в точке Кера болезненна; симптом Ортнера положительный.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Лабораторные**

**Общий анализ крови** 6 09.2006

Гемоглобин 132 г/л

Лейкоциты 4,7х109

СОЭ 10 мм/ч

Нейтрофилы Лимфоциты Моноциты Эозинофилы

П-я с-я

 2 56 34 6 1

6 09.2006 - **Микрореакция на сифилис-отрицательно**

 6 09.05 - **Биохимический анализ крови.**

Билирубин общий 13,0 мкмоль/ л

 непрямой 13,0 мкмоль/ л

 прямой 0 мкмоль/ л

АСТ 17 Ед/л

АЛТ 18 Ед/л

Мочевина 4.8 ммоль/ л

Креатинин 70 мкмоль/ л

Общий белок 68 г/ л

Глюкоза 4,79 ммоль/ л

**Анализ мочи: 7 09.06**

Цвет – соломенно-желтый.

Удельный вес – 1016.

Реакция – кислая.

Белок – не обнаружен.

Эпителий почечный 1

плоский 7

Слизь

Споры дрожжевых грибов

**Инструментальные исследования**

**ЭКГ 7 09 2006** Заключение: Ритм синусовый. Полугоризонтальная электрическая позиция сердца.

**УЗИ органов брюшной полости. 6 09 2006г**.

Печень правая доля 138 мм Левая доля 87 мм, край ровный. Эхоструктура диффузно неоднородная. Внутрипеченочный проток без особенностей.

Желчный пузырь увеличен 89\*44 мм, толщина стенки 6 мм, уплотнена. Эхогенность желчного пузыря повышена. В области шейки конкремент диаметром 40 мм.

Поджелудочная железа не увеличена. Контур четкий ровный. Структура диффузно неоднородна, эхогенность повышена.

Заключение: Эхопризнаки желчнокаменной болезни .

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**На основании жалоб**: боль в правом подреберье. Горький привкус во рту. **Анамнеза** боли в области желчного пузыря, участившиеся приступы. **Данных пальпации**: расширение пупочного кольца до 3 см. болезненность точке Кера; симптом Ортнера положительный. **Данных инструментальных исследований:** - Заключение.УЗИ органов брюшной полости Эхопризнаки желчнокаменной болезни. Поставлен **предварительный диагноз**: Хронический калькулезный холецистит.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими заболеваниями:, язвенной болезнью желудка/ двенадцатиперстной кишки, правосторонней почечной коликой.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cимптом | Острый холецистит | Острый аппендицит | Язвенная болезнь | Почечная колика |
| Характер болей | В правом подреберье, сильные, приступообразные, затем постоянные, иррадиация в правую лопатку, надплечье | В эпигастрии, умеренной интенсивности, затем перемещаются в правую подвздошную область, тянущие, постоянные | В эпигастральной области, различной интенсивности, связанные с приемом пищи, купирующиеся приемом антацидов | В пояснице, приступообразные, чрезвычайно интенсивные с иррадиацией в пах, уменьшаются применением спазмолитиков |
| Прочие жалобы | Тошнота, рвота, не приносящая облегчения | Тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка | Диспепсические симптомы | Возможна дизурия |
| Анамнез | Желчекаменная болезнь | Нет | Язвенная болезнь | Мочекаменная болезнь |
| Развитие | Обычно подострое | Острое | Чаще хроническое | Острое |
| Объективное обследование | Болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси, Мейо-Робсона, Менделя в правом подреберье, интоксикация выражена умеренно | Болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, с-мы раздражения брюшины, с-мы Воскресенского, Раздольского, Образцова, Ровзинга, Ситковского, выражена интоксикация | Минимальные изменения: может быть болезненность при пальпации в эпигастрии, интоксикация отсутствует | Пальпация живота, как правило, безболезненна, положительный с-м Пастернацкого, интоксикация отсутствует |
| Дополнительное обследование | УЗИ, Изменения воспалительного характера в общем анализе крови | Изменения в общем анализе крови, свидетельствующие о воспалении | Чаще без особенностей | Эритроцитурия |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Хронический калькулезный холецистит.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ДНЕВНИК**

7 09 2006 Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на ноющие боли в правом подреберье. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, умеренная болезненность в точке Кера .АД 120/80 мм рт ст. Пульс 70 уд в мин. Больная подготовлена к операции – назначен голод, проведены очистительные клизмы, побрито операционное поле нижние конечности перебинтованы эластичным бинтом.

**ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ**

Наличие хронического калькулезного холецестита с частыми приступами, которые не купируются медикаментозно является показанием к плановой холецистэктомии. Согласие больной на операцию получено.

**ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ**

Накануне операции больной сделаны очистительные клизмы, больная приняла душ, было побрито операционное поле, нижние конечности забинтованы эластичным бинтом. В день операции назначен голод.

Премедикация:

Amoxyclav 1,2 в/в ,Promedoli 2%- 1,0 в/м Dimedroli 1%-1,0 в/м , Atropini 0,1%-0,5 в/м.

**ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ**

Холецистэктомия .07 09 2006 12:00-14:00

Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена верхнее-средняя лапаратомия. Желчный пузырь в спайках, спутан сальником,напряжен отечен.. В просвете конкремент до 4 см в диаметре. Холецистэктомия с перевязкой пузырной артерии и культи пузырного протока и ушиванием ложа печени. Подпеченочное пространство дренировано ПХВ трубкой. Гемостаз. Послойные швы на рану, с подведением подкожно-жировую клетчатку резиновой полоски. Асептическая повязка.

Препарат: Желчный пузырь хронический холецистит 10\*8\*0,5 направлен на гистологическое исследование.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДНЕВНИК.**

14.00 - Больная доставлена из операционной на ИВЛ – мешком Амбу. Переведена на ИВЛ аппаратом ФАЗА-5 с параметрами газовентиляции. Кожные покровы без особенностей. Аускультативно дыхание проводиться во все отделы легких. Живот без особенностей. АД 130/80 мм рт ст. Пульс 80 уд в мин

17.00 - На фоне восстановления мышечного тонуса после санации ТБА и ротовой полости больная экстубирована.

20.00 8 09 2006 г - Переведена из ОИТАР Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, горечь во рту. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий умеренно болезненный в области операционной раны. Перистальтика вялая. Область послеоперационной раны гиперимирована, отёчна. По дренажу выделилось небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. АД 120/80 мм рт ст. Пульс 69 уд в мин. Моча выпущена катетером. Диурез адекватный.

9 09.2006 - Состояние больной средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, вздутие живота, кашель. Дыхание везикулярное слева ниже угла лопатки выслушиваются единичные сухие рассеянные хрипы, при покашливании исчезают. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налётом Живот мягкий умеренно болезненный в области операционной раны. Рана в удовлетворительном состоянии. Отделяемое из раны серозно-геморрагическое, отечность и гиперемия уменьшились. Произведена смена повязки АД 110/80 мм рт ст. Пульс 71 уд в мин. Стула нет. Больной поставлена газоотводная трубка.

11 09 2006 - Состояние больной средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, кашель. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налётом Живот мягкий умеренно болезненный в области операционной раны. Рана в удовлетворительном состоянии. Небольшое количество отделяемого из раны. Инфильтрата в области послеоперационной раны не обнаружено. Произведена смена повязки АД 120/80 мм рт ст. Пульс 68 уд в мин.

12 09.2006 - Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налётом Живот мягкий умеренно болезненный в области операционной раны. Рана в удовлетворительном состоянии, заживает первичным натяжением. Инфильтрата в области послеоперационной раны не обнаружено. Отделяемого нет. Дренаж удален. Произведена смена повязки АД 120/80 мм рт ст. Пульс 62 уд в мин.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Димедрол 1,0- 1% в/м в 22 00

Кеторол 1,0 в/м 3р в день.

Амоксиклав 1 таб 3 р в день

Прозерин 0,06%-2,0 п/к 2 р в день

Физ раствор 200 мл + КС! 4% -1,0

**ЭПИКРИЗ**

Больная, Саркисова Анаида Павловна,60 лет поступила в хирургическое отделение Краевой Клинической больницы 6 09 2006 года в 10 00 в связи с острым приступом холецистита. Приступ купирован. Проведена холецистэктомия 7 09 2006 года .2006 года под эндотрахеальным наркозом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной назначено лечение, даны соответствующие рекомендации.

В ближайшие дни планируется выписка.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни – благоприятный, выздоровление. Полное восстановление трудоспособности.