**Жалобы**

На момент поступления пациент предъявлял жалобы на боль в области эпигастрия и правого подреберья, иррадиирующую в область правого плеча, возникшую без какой-либо явной провоцирующей причины, слабость, тошноту, рвоту.

На момент курации пациент предъявляет жалобы на периодическую боль в правом подреберье (в месте операции), возникающую при движении, купирующуюся в покое. Также пациента беспокоит слабость, головокружение, возникающие при физической нагрузке (например, при подъёме с кровати), проходит после прекращения нагрузки. Также жалобы на боль сжимающего характера за грудиной, усиленное сердцебиение и одышку, возникающие при физической нагрузке, проходящие после прекращения физической нагрузки.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным с конца августа 2012 года (точную дату указать затрудняется), ночью возникла боль в области правого подреберья и эпигастрия, острая, схваткообразная, которую пациент купировал приёмом но-шпы. 28 сентября, днём, во время физической нагрузки, у пациента возникла боль в области правого подреберья, эпигастрия, со слов пациента острая, схваткообразная, также повысилась температура тела до 38,5 градусов. Подобное состояние у пациента сохранялось в течение двух дней, приём спазмолитических средств (но-шпа) и нестероидных противовоспалительных препаратов (анальгин) не оказывал купирующего эффекта. В связи с нарастанием интенсивности болевого синдрома 1 октября 2012 года обратился за помощью к фельдшеру по месту жительства, который вызвал бригаду СМП для транспортировки пациента в Никольскую ЦРБ, где пациенту был установлен предварительный диагноз острый панкреатит, на фоне проводимого лечения (инфузионная, спазмолитическая терапии, антибиотики) состояние пациента не улучшалось. 4 октября был переведён в ОКБ им. Бурденко, где был установлен диагноз острый обтурационный холецистит, эмпиема желчного пузыря.

**Анамнез жизни**

Рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее. В школе удовлетворительной. Работал по специальности водитель, в настоящее время оператор котельной. Проходил срочную службу в Вооружённых Силах СССР с 1970 по 1972 год.

Жилищные и санитарно-гигиенические, а также климатические условия оценивает как удовлетворительные. Женат, 2 детей.

Питание регулярное, полноценное, специальных диет не соблюдает, часто употребляет жирную, жареную и солёную пищу.

Вредные привычки - курит в течение 28-30 лет, алкоголь употребляет умеренно.

Перенесённые заболевания: в детстве болел только простудными заболеваниями, во время службы в Вооружённых Силах перенёс пневмонию. Около 10 лет страдает гипотериозом, регулярно принимает L-тироксин 100, периодически проходит лечение в отделении эндокринологии ОКБ им. Бурденко. Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией (периодически давление повышается до 160/100, тогда как нормальный уровень артериального давления 130/80). В 2009 году получил перелом правой большеберцовой кости. В 2000 году перенёс операцию по поводу пупочной грыжи.

Наличие ВИЧ, желтухи, гепатитов, венерических заболеваний отрицает. Гемотрансфузий не было.

Эпидемиологический анамнез - контакт с инфицированными, лихорадящими больными, пребывание в эндемическом очаге, укусы насекомых и животных, медицинские манипуляции отрицает.

Аллергический анамнез: не отмечает как на лекарственные препараты, так и на пищевые продукты.

Наследственность: заболеваний пищеварительной системы у родственников не отмечает. Наследственность отягощена по заболеваниям сердечно-сосудистой системы - мать пациента страдала артериальной гипертензией длительное время.

### **Данные объективного обследования**

**Общий осмотр**

Общее состояние больного: средней степени тяжести

Сознание: ясное

Положение больного: активное.

Выражение лица: спокойное.

Тип телосложения: гиперстенический.

Осанка: прямая.

Рост: 180 см

Масса тела: 130 кг

ИМТ: 40

Температура тела 36,8 С.

Кожа: Без заметных травм и высыпаний. Тургор кожных покровов сохранён. Влажность кожи нормальная. Пролежней, сосудистых изменений, нарушений пигментации не обнаружено. Оволосенение по мужскому типу.

Ногтевые фаланги и ногтевые пластинки без изменений. Ломкости и деформации не отмечено.

Слизистые оболочки: розового цвета. Без видимых травм и высыпаний.

Подкожно - жировая клетчатка развита чрезмерно. Кожная складка на уровне угла лопатки 1,0 см.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, подъязычные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные группы лимфатических узлов не пальпируются.

Мышечная система развита удовлетворительно, тонус мышц не изменён, безболезненность при пальпации отсутствует, тонических, клонических, тетанических судорог не выявлено.

Кости нормальной формы, видимых деформаций нет, болезненность при пальпации и поколачивании не проявляется, концевые фаланги пальцев рук не изменены

Суставы правильной конфигурации. При пальпации плечевых, локтевых, лучезапястных, пястнофаланговых, межфаланговых, тазобедренных, коленных, голеностопных суставов припухлости и болезненности не выявлено. Пассивные и активные движения в крупных суставах в полном объеме.

Система органов дыхания

При осмотре: форма носа правильная, дыхание через нос свободное, наличие отделяемого из носа и носовые кровотечения не наблюдаются, деформации гортани и шеи не выявлено.

Форма грудной клетки гиперстеническая, с горизонтальным ходом рёберных дуг, межреберные промежутки 0,8 см, лопатки умеренно выступают над задней поверхностью грудной клетки, соотношение переднезаднего и бокового размеров составляет примерно 2:3, грудная клетка симметрична, эпигастральный угол несколько меньше 90о.

Тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричны. Дыхание глубокое, ритмичное, частота дыхательных движений 18 в одну минуту. Соотношение вдоха и выдоха 2:3. Одышка в покое не наблюдается.

При пальпации надключичной области, ключицы, подключичной области, грудины, а также над-, меж- и подлопаточных областей болезненности не выявлено. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легочной ткани отмечается ясный легочный перкуторный звук.

При топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Верхняя граница легких: |
| Высота стояния верхушек спереди и сзади | На 3 см выше ключицы | На 3 см выше ключицы |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне VII шейного позвонка | На уровне VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| Нижняя граница легких: |
| По окологрудинной линии | V ребро | Не определяется |
| По срединно-ключичной линии | VI ребро | Не определяется |
| По передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| По средней подмышечной линии | IX ребро | VIII ребро |
| По задней подмышечной линии | X ребро | IX ребро |
| По лопаточной линии | ХI ребро | Х ребро |
| По околопозвоночной линии | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких: |
| По срединно-ключичной линии | 6 см | Не определяется |
| По средней подмышечной линии | 6 см | 6см |
| По лопаточной линии | 6 см | 6 см |

При аускультации над всей поверхностью легочных полей выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон. Хрипов, шума трения плевры, плевроперикардиального шума, побочных дыхательных шумов нет.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре сердечной области видимых изменений (сердечный горб), пульсаций яремных вен и сонных артерий не отмечается.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье по срединно-ключичной линии. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация, пульсация печени не определяются.

При перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | Межреберье | Отношение к топографической линии |
| Правая | IV | по правому краю грудины |
| Левая | V | На 0,5см кнаружи от срединно-ключичной линии |
| Верхняя | III | по левой парастернальной линии |

Конфигурация сердца - нормальная, поперечник относительной тупости сердца 12 см. Ширина сосудистого пучка 5 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая граница - по левому краю грудины;

Левая граница - на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии;

Верхняя граница - на уровне IV ребра.

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, I тон, систолический, лучше выслушивается в первой и четвёртой точках аускультации, II тон, диастолический, лучше выслушивается во второй и третьей точках аускультации, третьего и четвертого тонов сердца не обнаружено. Шума трения перикарда и плевроперикардиального шума не отмечено.

Исследование сосудов

Визуально пульсация височных, лицевых, сонных, лучевых, бедренных, подколенных артерий, и артерий тыла стопы не определяется. При пальпации пульсация слабая, на артерии тыла стопы не фиксируется. Артериальная стенка средней степени эластичности, поверхность ровная, без патологических узловых изменений, сосуды умеренно извиты.

Пульс симметричный, 72 в мин, ритмичный, среднего наполнения, напряженность низкая, слабый, дефицита пульса нет.

АД на обеих руках 140/90 мм рт.ст.

На сонной и подключичной артерии выслушивается 2 тона, на бедренной артерии 1 тон. Шум Виноградова - Дюрозье и другие шумы не выслушиваются.

Набухания, пульсации, положительного и отрицательного венного пульса не отмечено. Шум волчка отсутствует.

Варикозно расширенных вен на конечностях и брюшной стенке не отмечено, уплотнений венозной стенки не наблюдается, болезненности нет.

Селезенка

При визуальном осмотре выпячивания и деформаций в области левого подреберья нет.

При перкуссии длинник селезенки, располагающийся по Х ребру, составляет 10 см, а поперечник - 7 см. При пальпации селезенка не прощупывается. При аускультации в области левого подреберья шума нет.

Мочеполовая система

При осмотре поясничной области: асимметрии, припухлости, гиперемии, травм, свищей не обнаружено. При осмотре области мочевого пузыря травм, мочепузырного свища, дефектов брюшной и передней пузырной стенок не обнаружено. Отеки отсутствуют.

При пальпации мочеточниковых точек болезненности не наблюдается. Почки в положении стоя, лежа на спине и лежа на боку, мочевой пузырь не пальпируются.

При перкуссии почек симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Задержки мочеиспускания не наблюдается. Мочеиспускание спокойное. Диурез адекватный, выделяет около 1000 мл в сутки.

Эндокринная система

При осмотре обращает на себя внимание избыточная масса тела (индекс массы тела - 40). Щитовидная железа при осмотре не видна. При пальпации боковые доли щитовидной железы не определяются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика однородной консистенции. Ширина перешейка около 1,5 см. Железа не спаяна с кожей и окружающими тканями, легко смещается при глотании. Нервная система

Больной контактен, ориентирован во времени и пространстве. Сознание ясное. Умственное развитие соответственно полу и возрасту. Внимание и память не снижены. Эмоциональный фон спокойный. Отношение к своему состоянию критичное. Информацию излагает последовательно.

Сон не нарушен, сновидений вспомнить не может.

Речь четкая. Понимает обращенную к нему речь. Целенаправленность действий не нарушена. Ответная реакция на зрительные и слуховые раздражители сохранена, адекватна.

Зрительные, слуховые и обонятельные галлюцинации не выявлены.

Сухожильные, периостальные кожные рефлексы и рефлексы со слизистых живые, симметричные. Патологических рефлексов не выявлено.

Двигательная активность не нарушена. Патологических синкинезий и гиперкинезов не выявлено. Активные и пассивные движения в полном объеме. Мышечный тонус удоволетворительный, без патологических изменений. Сила мышц не снижена, симметрична.

Прямая и содружественная реакция на свет сохранена, симметрична. Движения глаз синхронные, в полном объеме. Нистагм не выявлен. Экзофтальм, энофтальм не выявлены. Болевая, температурная и тактильная чувствительность кожи лица и головы не изменена, точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны при пальпации.

Вестибулярные нарушения не выявлены. Головокружение отрицает.

**Status localis**

обтурационный холецистит лечение больной

До оперативного вмешательства:

Осмотр ротовой полости: губы сухие, переход в слизистую часть губы выражен. Язык сухой, обложен белым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, правильной формы, не вздут. Живот увеличен в объеме за счет значительного скопления подкожно-жировой клетчатки.

Брюшная стенка участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяется защитное напряжение мышц живота в зоне, соответствующей локализации желчного пузыря и в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом верхнем квадранте живота.

Симптом Ортнера (больной в положении лежа на спине. При постукивании ребром ладони по краю реберной дуги справа определяется болезненность) - положительный.

Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом, болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками m. SCM) - положительный.

Симптом Кера (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья)- положительный.

Симптом Захарьина (боль при поколачивании или надавливании на область проекции желчного пузыря) - положительный.

При перкуссии живота над всей поверхностью выслушивается тимпанический перкуторный звук.

При перкуссии печени по Курлову верхняя граница по правой срединно-ключичной линии и передней срединной линии определяется на уровне шестого ребра. Нижняя граница печени по правой срединно-ключичной линии располагается на уровне реберной дуги, по передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка и по левой реберной дуге - на уровне левой парастернальной линии. Размер печени по правой срединно-ключичной линии - 12 сантиметров, по передней срединной - 11 сантиметров, по левой реберной дуге - 10 сантиметров. При пальпации край печени не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется.

При аускультации выслушивается перистальтика кишечника. Газы отходят. Стул кашецеобразный, обычного цвета.

После оперативного вмешательства: губы, десны и зубы без изменений, язык влажный, обложен белым налетом, нормальной формы. Миндалины не увеличены, слизистая оболочка глотки без изменений. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика не обнаруживается. Расширения подкожных вен на передней брюшной стенке не выявлено. При аускультации выслушивается периодическая перистальтика кишечника. При перкуссии живота над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук.

Пальпация и перкуссия в области правого подреберья болезненны вследствие наличия операционной раны, длиной около 7 см, установлена холецистостома.

**Предварительный диагноз**

Острый холецистит. Ожирение 3 степени.

Диагноз острый холецистит установлен на основании жалоб пациента (боль в области эпигастрия и правого подреберья, иррадиирующую в область правого плеча, возникшую без какой-либо явной провоцирующей причины, слабость, тошноту, рвоту), анамнеза заболевания (наличия схваткообразных болей в области правого подреберья, эпигастрия, купировавшихся приёмом но-шпы), данных общего осмотра (болезненность при пальпации в области правого подреберья, защитное напряжение мышц живота в зоне, соответствующей локализации желчного пузыря, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Ортнера, Захарьина, Кера, Георгиевского).

Диагноз ожирение 3 степени установлен на основании измерения индекса массы тела - 40.

**План обследования**

· Определение группы крови и резус фактора

· Общий анализ крови

· Биохимический анализ крови

· анализ крови на RW и ВИЧ

· Общий анализ мочи

· ЭКГ

· Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

· Фиброгастродуоденоскопия

**Результаты обследования**

Определение группы крови и резус-принадлежности: 0(I), положительная

Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
| Гемоглобин: М |  | 132,0-164,0 г/л |
| Ж | 126 | 115,0-145,0 г/л |
| Эритроциты | 3,93\*1012 | 3,7 - 5,5x1012 л |
| Тромбоциты | 267\*109 | 180-320x109 |
| Лейкоциты | 16,84\*109 | 4,0-9,0x109 |
| Миелоциты |  | отсутствуют |
| Мегамиелоциты |  | отсутствуют |
| Нейтрофилы | 57 % | 45 - 70% |
| палочкоядерные | 18% | 2-4% |
| сегментоядеркые | 7% | 4-7**%** |
| Эозинофилы: | 5% | 0-5% |
| Базофилы | 1% | 0-1% |
| Лимфоциты | 10% | 25 - 35% |
| Моноциты | 2% | 2-6% |
| СОЭ: М |  | 1 - 10 мм/час |
| Ж | 39 | 1 -15 мм/час |

Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий белок | 79 | 65-85г/л |
| Амилаза | 67,6 | 28.0 - 100.0 |
| Мочевина | 2,8 | 2,5 - 8,3 |
| Креатинин | 64 | 44-132 |
| Билирубин общий | 14,0 | 3,4 - 22,2 |
| Холестерин | 5,41 | 3,6-6,7 |
| Глюкоза | 5,1 | 3,5-5,5 |
| АЛТ |  |  |
| АСТ |  |  |
| C реак белок |  |  |
| Альбумин |  |  |
| ПТИ |  |  |
| Фибриноген |  |  |
| РМП | отр |
| САТ | пол |
| Ig M | отр |
| Ig G | пол |

Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 100 |
| Прозрачность | прозрачная |
| Реакция | кислая |
| Глюкоза | отр |
| Цвет | Соломенная |
| Плотность | 1007 |
| Белок | отс |
| Эпителий плоский | 1-2 в п/з |
| Переходный | 0-1 в п/з |
| Почечный |  |
| Лейкоциты | 2-4 в п/з |
| Оксалаты | + |

ЭКГ

Ритм синусовый. Правильный. ЧСС=70. Угол L=30. Зубец Р - продолжительность 0,1с, высота 2мм. Интервал PQ продолжительность 0,06с. Зубец R высота 5мм. Комплекс QRS продолжительностью 0,06с. Сегмент ST на изолинии. Зубец Т продолжительностью 0,1с, высота 3 мм. Интервал RR 1,2 с.

Заключение: гипертрофия левого желудочка, отклонение электрической оси влево

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: КВР 167 мм, ВНР 96 мм, контуры ровные, края закруглённые, эхогенность повышена, структура мелкозернистая, однородная.

Желчный пузырь 110x44 мм, стенки утолщены до 6-7 мм (местами), неоднородное содержимое просвета, повышенной эхогенности,холедох 4-5 мм, воротная вена 11 мм, не расширены

Поджелудочная железа: головка 30, тело 20, эхогенность повышена, структура «смазанная», контуры нечёткие.

Селезёнка: 110x48 мм, контуры ровные, эхогенность средняя, структура однородная.

Правая почка: размер 119x56, контуры ровные, паренхима 19-20 мм, ЧЛС не расширена.

Левая почка: размер 120x57 мм, контуры ровные, паренхима 19-20 мм, ЧЛС не расширена.

Положение почек обычное.

Заключение: УЗ картина острого холецистита с дилатацией желчного пузыря, явлениями «застоя» в нём. Увеличение печени. Диффузные изменения паренхимы печени, pancreas.

ФГДС

Слизистая пищевода бледно-розового цвета, просвет пищевода не расширен, кардиальный жом функционирует, смыкается плотно, проходим. Желудок хорошо расправляется воздухом. Содержит жидкую слизь. Рельеф тела желудка обычный. Слизистая желудка слегка гиперемирована. Привратник округлой формы, смыкается ритмично. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, блестящая. Слизистая начала отдела двенадцатиперстной кишки розовая, блестящая.

Заключение: При проведении фиброэзофагогастродуоденоскопии - патологии выявлено не было.

**Дифференциальная диагностика**

Дискинезия желчных путей сопровождается кратковременными неинтенсивными болями в правом подреберье, иногда с иррадиацией, характерной для заболевания желчевыводящих путей. Клинических признаков воспалительной интоксикации не наблюдается. По данным клинического и биохимического анализов крови, отсутствуют признаки воспалительной реакции в организме. При ультразвуковом и рентгеноконтрастном исследованиях желчевыводящих путей не обнаруживаются признаки их органического поражения.

При приступе печеночной колики, так же как и при остром холецистите, могут отмечаться интенсивные боли в правом подреберье. Они иррадиируют в правое плечо, правую лопатку. Однако напряжение мышц передней брюшной стенки при печеночной колике отсутствует. В отличие от острого холецистита при печеночной колике температура тела остается нормальной, а по данным анализа крови нет признаков воспалительных изменений в организме. После прекращения болевого приступа общее состояние больных быстро приходит к норме.

В отличие от прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки при остром холецистите редко наблюдается внезапное начало заболевания, проявляющееся кинжальными болями в животе. Кроме такой специфической болевой реакции, перфорация язв сопровождается выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины и шоковым общим состоянием больных.

Клинические проявления острого панкреатита развиваются так же быстро, как и при остром холецистите, характеризуется интенсивными болями в верхних отделах живота опоясывающего характера. Боли сопровождаются многократной рвотой, не приносящей облегчения. Из-за значительных потерь жидкости и электролитов с рвотой при остром панкреатите быстро развивается дегидратация и. нередко, коллаптоидное состояние больных. Тяжелое общее состояние обусловливается ферментативным шоком. Диагноз острого панкреатита часто подтверждается увеличением активности ферментов в крови и моче. Изменения в поджелудочной железе отчетливо обнаруживаются при ее ультразвуковом исследовании.

Воспалительные изменения в червеобразном отростке могут проявляться симптомокомплексом заболеваний желчевыводящих путей при двух обстоятельствах: при птозе печени и при локализации илеоцекального отдела рядом с висцеральной поверхностью печени. Дифференциальная диагностика в этих случаях крайне затруднительна. Ориентиром в диагностике деструктивных изменений в желчевыводящих путях остается типичная иррадиация болевых ощущений в правую половину грудной клетки, правое плечо, под правую лопатку. При остром холецистите пальпация живота чаще всего наиболее болезненна в области правого подреберья, а при аппендиците - в правой подвздошной области. Кроме того, желчный пузырь, пальпируемый при остром холецистите, имеет отчетливые контуры, тогда как аппендикулярный инфильтрат не имеет четких границ.

**Клинический диагноз**

Основной: Острый обтурационный холецистит.

Осложнение: Эмпиема желчного пузыря.

Сопутствующие: Ожирение 3 степени, первичный гипотериоз, артериальная гипертензия 3 ст.

Диагноз острый обтурационный холецистит установлен на основании жалоб пациента (боль в области эпигастрия и правого подреберья, иррадиирующую в область правого плеча, возникшую без какой-либо явной провоцирующей причины, слабость, тошноту, рвоту), анамнеза заболевания (наличия за месяц до настоящего приступа схваткообразных болей в области правого подреберья, эпигастрия, купировавшихся приёмом но-шпы), данных общего осмотра (болезненность при пальпации в области правого подреберья, защитное напряжение мышц живота в зоне, соответствующей локализации желчного пузыря, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Ортнера, Захарьина, Кера, Георгиевского), данных лабораторных и инструментальных методов обследования (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, УЗ признаки холецистита).

Диагноз первичный гипотериоз установлен на основании анамнеза пациента.

Диагноз ожирение 3 степени установлен на основании измерения индекса массы тела - 40.

Диагноз артериальная гипертензия 2 степени установлен на основании анамнеза пациента (периодически давление повышается до 160/100, тогда как нормальный уровень артериального давления 130/80).

**План лечения больного**

· Оперативное лечение - холецистостомия

· Стол №5

· режим стационарный

· раствор анальгина 50 %, 2,0 мл + раствор димедрола 1%, 1,0 мл - внутримышечное введение, 2 раза в день;

· раствор папаверина 2 %, 2,0 мл + раствор платифиллина 0,2 %, 1,0 мл - внутримышечное введение, 2 раза в день;

· раствор Na Cl 0,9 %, 800 мл + раствор K Cl 4 %, 10,0 мл + раствор новокаина 0,25 %, 100,0 мл+ раствор витамина С 5 % , 5,0 мл - внутривенно, капельно, 1 раз в день;

· Цефтриаксон 1 г, внутривенно, 1 раз в день

**Предоперационный эпикриз**

На операцию 4.10.12 подготовлен больной (возраст -55 лет), поступивший с клиникой острого обтурационного холецистита. Пациент в экстренном порядке был переведён из

Диагноз был установлен на основании:

ь жалоб пациента (боль в области эпигастрия и правого подреберья, иррадиирующую в область правого плеча, возникшую без какой-либо явной провоцирующей причины, слабость, тошноту, рвоту)

ь данных анамнеза (наличия за месяц до настоящего приступа схваткообразных болей в области правого подреберья, эпигастрия, купировавшихся приёмом но-шпы).

ь данных общего осмотра (болезненность при пальпации в области правого подреберья, защитное напряжение мышц живота в зоне, соответствующей локализации желчного пузыря, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Ортнера, Захарьина, Кера, Георгиевского).

ь данных лабораторных и инструментальных методов обследования (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, УЗ признаки холецистита).

Установленный диагноз является абсолютным показанием к операции. После подготовки больного планируется оперативное лечение - наложение под эндотрахеальным наркозом. Группа крови больного: 0(I), положительная. Предполагаемый объем кровопотери - незначительный, поэтому интраоперационная гемотрансфузия не планируется. Согласие больного на операцию получено. Риск развития тромбоэмболических осложнений высокий.

**Протокол операции**

.10.12 22.00 - 22.25Операция:холецистостомия.

Операционное поле обработано хлоргексидином, спиртом. Под наркозом разрезом в правом подреберье длиной 7 см послойно вскрыта брюшная полость. Выпота нет. Печень резко увеличена в размерах, застойная Желчный пузырь напряжен, увеличен в размерах, стенка его инфильтрирована, утолщена. Выделено дно пузыря. При вскрытии его удалено около 200 мл густой замазкообразной желчи с гноем. Произведена холецистостомия с фиксацией дренажной трубки двумя кисетными швами и выведением ее через операционную рану. Гемостаз. Операционная рана послойно ушита до холецистостомы. Асептическая наклейка.

Диагноз: Острый обтурационный холецистит. Эмпиема желчного пузыря.

**Дневник наблюдения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, время | Состояние пациента | Назначения |
| 9.10.12 АД - 130 / 80 мм.рт.ст., пульс 72 уд./ мин.ЧДД 16/мин. T 36,8 C | Жалобы на боли в области операционной раны, слабость, тошноту. Состояние средней степени тяжести. По холецистостоме около 30 мл гнойного содержимого. Повязка умеренно промокает кровью. Стул, диурез в норме. | Стол №5 палатный режим ЛФК Перевязка |
| 10.10.12. АД - 120 / 80 мм.рт.ст., пульс 70 уд./ мин.ЧДД 18/мин. T 36,6 C | Жалобы на боли в области операционной раны, слабость. Состояние средней степени тяжести. По холецистостоме около 50 мл желчи. Повязка умеренно промокает кровью. Стул, диурез в норме. | диета № 5 палатный режим ЛФК Снятие швов перевязка. |
| 11.10.12 АД - 130 / 80 мм.рт.ст., пульс 75 уд./ мин.ЧДД 18/мин. T 36,3 C | Активных жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Повязка чистая. Швы сняты. Рана зажила первичным натяжением. Окружающие рану ткани без особенностей. Стул, диурез в норме. | диета № 5 палатный режим ЛФК перевязка. |

**Прогноз**

Для жизни: благоприятный.

Для полного выздоровления: сомнительный.

Для трудоспособности: сомнительный

**Выписной эпикриз**

На момент поступления пациент предъявлял жалобы на боль в области эпигастрия и правого подреберья, иррадиирующую в область правого плеча, возникшую без какой-либо явной провоцирующей причины, слабость, тошноту, рвоту.

Объективно - болезненность при пальпации в области правого подреберья, защитное напряжение мышц живота в зоне, соответствующей локализации желчного пузыря, симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правом верхнем квадранте живота, положительные симптомы Ортнера, Захарьина, Кера, Георгиевского

Были проведены исследования: 1) Клинический анализ крови - лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево 2) БАК - незначительное увеличение прямого и непрямого билирубина, 3) Общий анализ мочи - без изменений, 4) ЭКГ - гипертрофия левого желудочка, 5) УЗИ органов брюшной полости - УЗ картина острого холецистита с дилатацией желчного пузыря, явлениями «застоя» в нём. Увеличение печени. Диффузные изменения паренхимы печени, pancreas. 6) ФГДС - без особенностей.

При обследовании установлен диагноз: острый обтурационный холецистит.

Осложнение: эмпиема желчного пузыря.

Сопутствующие: ожирение 3 степени, первичный гипотериоз, артериальная гипертензия 3 ст.

В экстренном порядке проведена операция - холецистостомия

В стационаре проведена терапия: анальгин, димедрол, папаверин, платифиллин, цефтриаксон, витамин С

На фоне проводимой терапии наступили улучшения: жалобы исчезли, состояние нормализовалось. Воспалительные явления стихли. При выписке сброса желчи по стоме нет. Швы сняты. Заживление первичное.

Рекомендации после выписки из стационара:

) Диета (исключить острую, соленую, жаренную, жирную пищу, исключить алкоголь)

) Фистулография через 2 недели, удаление дренажа

) Решение вопроса о плановом оперативном лечении через 2 месяца

) Наблюдение у хирурга по месту жительства

) Консультации профильных специалистов по вопросам лечения сопутствующих патологий (эндокринолог, терапевт)