Саратовский государственный медицинский университете им. В.И. Разумовского

Кафедра факультетской хирургии и онкологии

Зав.кафедрой- д.м.н., проф. Г.А. Блувштейн

Руководитель группы- к.м.н.. асс. А.Е. Золотько

История болезни

Больной Б.А.Ф. , 75 лет

Основной диагноз: Хронический калькулезный холецистит

Саратов,2011

Общие сведения

Наименование лечебного учреждения 3 Городская Клиническая больница

им. С.М. Миротворцева

Группа крови II(A)

Резус-пренадлежность Rh(+)

Непереносимость лекарственных веществ - отрицает

Ф.И.О. Б.А.Ф.

Пол Ж

Возраст 75 лет, 27.10.35.

Постоянное место жительства - г. Саратов, Фрунзенский район ул. Новоузенская 166/168-46

Место работы - пенсионерка

Кем направлен больной - Доставлен бригадой «Скорой помощи»

Дата поступления - 14.02.2011

Дата выписки -

Дата операции - 16.02.2011 9.45-11.00

Клинический диагноз - Хронический калькулезный холецистит

Осложнения -

Сопутствующие заболевания - Атеросклероз аорты. Коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертония II стадия, риск 3.

Наименование операции - Холецистэктомия из мини-доступа

Послеоперационные осложнения -

Осложнение основного: нет

Сопутствующее заболевание Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертония II, риск 3

Жалобы больного на момент курации

Больная предъявляет жалобы на незначительные тянущие боли в правом подреберье, слабость.

Anamnesis morbi

Считает себя больной с 2009 года, когда впервые после погрешности в диете (употребление жирной и жареной пищи) отметила появление тяжести и тупых ноющих болей в правом подреберье и в эпигастральной области, по поводу которых за медицинской помощью не обращалась. В период с конца 2009 по 2010 год у больной наблюдался период клинической ремиссии. Последнее ухудшение состояния больная датирует февралем 2011 года, когда возникли интенсивные режущие боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирущие в позвоночник и правую поясничную область. 14 февраля 2011 года больная бригадой Скорой помощи была доставлена в 3 городскую клиническую больницу им. С.М. Миротворцева, где и находится на лечении до настоящего времени.

Anamnesis vitae

А.Ф. родилась 27 октября 1935 года в г. Кременчуг Полтавской области, первым по счету ребенком в семье. В психическом и физическом развитии от своих сверстников не отставала. Развивалась соответственно возрасту. Посещала детский сад, школу, училась на хорошо. В дальнейшем получила средне-специальное образование.

Половое созревание началось 13 лет, половой жизнью живет с 18 лет. Первая беременность была в возрасте 24 лет, протекала без патологий, закончилась рождением здоровой девочки в срок.

В течение 16 лет работала прачкой на предприятии, затем была работником котельной на протяжении 26 лет. Не курит, привычных интоксикаций не имеет. Соблюдает 3-х разовый режим питания, имеет ограничения в пищевом режиме (исключение из рациона жареной и жирной пищи). Проживает в благоустроенной 2-х комнатной квартире, с семьей из 2-х человек.

Из перенесенных заболеваний указала на редкие ОРВИ и простудные заболевания, в юношеском возрасте перенесенную ветряную оспу и краснуху. Отмечает хирургическое вмешательство по поводу апендэктомии в 1973 году.

Генеалогический анамнез: пациентка не смог сообщить о значимых заболеваниях среди родственников первой, второй степени родства.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: за последние три недели из города не выезжала. В питание использовала кипяченую воду, молочные продукты из магазина. Кишечной инфекции не отмечается. Кожные и венерические заболевания. А также туберкулез и гепатит у себя и своих родственников отрицает.

Status praesens universalis

Общее состояние больной хорошее, сознание ясное, положение в постели активное, поведение адекватное. Гиперстенический тип телосложения, рост 174, вес 82 кг, ИМТ=27. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, сухие, теплые. Тургор кожи сохранен. Видимые слизистые оболочки обычного цвета, влажные, чистые. Оволосенение по женскому типу, волосу седые, редкие.

Пальцы и ногти обычной формы, ногти тусклые, ровные подвержены ломкости.

Пальпируются подчелюстные, а также передние и задние шейные лимфатические узлы d=0,3-0,4 см, не спаянные между собой и с кожей, плотные, эластичные консистенции.

Затылочные, околоушные, подбородочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые лимфатические узлы не пальпируются. Подкожно-жировой слой ярко выражен. Отеков и пастозностей голеней и стоп не отмечается. Мышцы при пальпации безболезненные, тонус их сохранен, развиты умеренно. Кости при поколачивании и пальпации безболезненны. Суставы не деформированы, подвижность их сохранена. Хруста в суставах нет.

Состояние по органам и функциональным системам

Система дыхания.

При осмотре грудная клетка гиперстенического типа. Переднезадний размер равен боковому, надключичные ямки не выражены. Эпигастральный угол больше 900. Направление ребер в боковых отделах грудной клетки приближается к горизонтальному, межреберные промежутки уменьшены, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, грудной отдел меньше брюшного.

Грудная клетка симметрична, западаний и выбуханий в левой и правой половинах грудной клетки не отмечается. Движение обеих половин грудной клетки при дыхании синхронно. Дыхание носовое, ритмичное. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична.

В симметричных участках грудной клетки голосовое дрожание ощущается примерно с одинаковой силой, в верхних участках - громче, а в нижних - слабее.

При сравнительной перкуссии над всеми полями легким - ясный легочный звук.

При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди слева выступает на 4 см выше ключицы, спереди справа на 3 см выше ключицы, сзади с обеих сторон на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренинга справа 6 см, слева 7 см.

При аускультации везикулярное дыхание лучше выслушивается на передней поверхности грудной клетки ниже II ребра и латеральнее окологрудинной линии, а также в подмышечных областях и ниже углов лопаток.

Бронхиальное дыхание хорошо выслушивается над гортанью, трахеей и в местах проекции на грудную клетку бифуркации трахеи ( спереди в области рукоятки грудины и места соединения ее с телом грудины, а сзади- в межлопаточном пространстве на уровне 3-4 грудных позвонков). Крепитации и шума трения плевры нет.

Подвижность нижнего легочного края по срединной подмышечной линии слева - 7 см, справа - 6 см, по лопаточной линии справа -5 см, слева - 6 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| окологрудинная | 5 межреберье | - |
| срединноключичная | 6 ребро | - |
| передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| околопозвоночная | остистый отросток 11 грудного позвонка |

|  |  |
| --- | --- |
| топографические линии | подвижность нижнего легочного края, см |
|  | правое легкое | левое легкое |
|  | на вдохе | на выдохе | сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| срединноключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 4 | 7 |
| лопаточная | 2 | 3 | 5 | 3 | 3 | 6 |

Пищеварительная система

Аппетит нормальный, глотание свободное, прохождение пищи по пищеводу свободное, тошноту и рвоту больная отрицает.

При осмотре полости рта губы розовые, сухие, без трещин и изъязвлений, высыпаний, слизистая ротовой полости розовая, чистая, влажная. Десны розовые, язв и кровоточивости не наблюдается. Слизистая глотки розовая, без налетов, миндалины не выступают из-за небных дужек. При осмотре живот округлый, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики нет. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшная стенка не напряжена, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка, безболезненный цилиндр плотной консистенции с гладкой поверхностью d=2см, неурчащий, редко перестальтирующий, поперечно-ободочная кишка определяется на уровне пупка в виде гладкого подвижного цилиндра d=2см, безболезненная не урчит. Пальпация в левой подвздошной области не проводилась по причине ее закрытия асептической послеоперационной повязкой. При аускультации кишечная перистальтика обычная. Шум трения брюшины не выслушивается. Стул 1 раз в сутки, кал оформленный, обычного цвета. Акт дефекации безболезненный.

Осмотр печени и желчного пузыря не проводился из-за раннего послеоперационного периода.

Область селезенки без видимых изменений, не пальпируется. При перкуссии поперечник - 5см, длинник- 7 см. Границы селезенки: верхняя по средней подмышечной линии 11 ребро, передняя по передней подмышечной линии 10 ребро, задняя по задней подмышечной линии 10 ребро, нижняя по средней подмышечной линии 12 ребро.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничная область без изменений. Мочевой пузырь не пальпируется. При глубокой скользящей бимануальной пальпации в положении стоя и лежа почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выпячивай и болезненности при поколачивании над лобком нет. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, безболезненное. Дневной диурез преобладает над ночным.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре область сердца без видимых изменений. «Сердечный горб» отсутствует. Верхушечный толчок на глаз не виден. При пальпации верхушечный толчок определяется в положении стоя в 5 межреберье на 1 см кнаружи от срединноключичной линии: ограниченный, высокий, средней силы, резистентный. Сердечный толчок не определяется. Видимая на глаз патологическая пульсация легочного ствола и аорты отсутствует. Синдром «кошачьего мурлыканья» на верхушке и «диастолического дрожания» над аортой не определяется. При перкуссии границы относительной тупости сердца: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р; левая- на 1см кнаружи от левой срединноключичной линии в 5 м/р; верхняя - на 1 см левее левой грудинной линии на 3 ребре. Поперечник относительной тупости сердца составляет 12 см. Пульс лучевой артерии на обеих руках синхронный, одинаковый по величине, ЧСС 72 в 1 минуту, твердый, полный, равномерный, обычный по форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| артериальное давление | правая рука | левая рука |
| систолическое | 140 мм.рт.ст. | 144 мм.рт.ст. |
| диастолическое | 90 мм.рт.ст. | 92 мм.рт.ст. |
| пульсовое | 50 мм.рт.ст. | 52 мм.рт.ст. |

При аускультации - тоны сердца ясные, ритмичные.

Нервная система, эндокринная система и органы чувств

Больной контактен, ориентирован в пространстве и во времени. Память сохранена. Мышление нормального темпа, физиологические рефлексы сохранены. Патологических рефлексов не выявлено. Зрачки округлые, симметричные. Зрение, осязание, обоняние, слух, вкус без патологических изменений. Кожная, болевая, температурная чувствительность сохранена. Глазные симптомы: экзофтальм, лагофтальм, Грефе, Кохера, Емплика, Мебиуса, Штельвага отсутствуют.

Status localis

На момент курации больная предъявляет жалобы на незначительные тянущие боли в правом подреберье (послеоперационной области), слабость. При объективном осмотре язык розового цвета, умеренной влажности. Отмечается незначительный белый налет.

Зубы в удовлетворительном состоянии нуждаются в санации. Слизистая глотки свободная, глотание не затруднено. Живот обычной формы, симметричный, без выпячиваний и вздутий. При перкуссии умеренный тимпанит, притуплений нет.

Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в послеоперационной области. Видимого увеличения печени и селезенки не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При аускультации живота выявляются периодические шумы кишечной перистальтики в виде периодического урчания. Шум трения брюшины, а так же систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствует.

Проверка симптомов Ортнера-Грекова, Лепине, Мерфи не поводилась из-за раннего послеоперационного периода.

Температурной реакции нет, стул регулярный, оформленный, обычного цвета без патологических примесей.

Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований

ЭКГ от 15.02.11

Ритм синусовый с ЧСС 75 ударов в минуту. Нарушена внутрижелудочковая проводимость. Умеренные изменения в миокарде. Косвенные признаки гипертрофии левого желудочка. Электрическая ось сердца - нормограмма.

ОАК от 28.05.10

Эритроциты 5,46\*1012

Гемоглобин 141

Тромбоциты 300 тысяч

Лейкоциты 12,7\*109

Эозинофилы 4

Нейтрофильные палочки 8

Нейтрофильные сегменты 56

Лимфоциты 25

Моноциты 5

СОЭ 23 мм/с

ОАМ от 14.02.11

Цвет - светло-желтая

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1020

Реакция - кислая

Белок 0,03/л

Сахар - отр.

Ацетон - отр.

Эпителий - незначительное кол-во

Лейкоциты - отр.

Эритроциты - 1-3 в п/з

Биохимический анализ крови от 14.02.11

АлАТ - 18,1 ммоль/л

АсАТ- 20,3 ммоль/л

Холестерин - 6,34 ммоль/л

Триглицериды - 0,9 ммоль/л

Глюкоза - 3,9 ммоль/л

Мочевина - 4,63 ммоль/л

Креатинин - 0,09 ммоль/л

Билирубин общий - 12,5 ммоль/л

Билирубин связанный - 2,56 ммоль/л

Билирубин свободный - 8,6 ммоль/л

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 15.02.11

Заключение: ЖКБ, конкремент, вколоченный в шейку желчного пузыря. Калькулезный холецистит. Диффузные изменения тканей поджелудочной железы.

Сводка патологических симптомов

Анализ клинической картины.

1. Боль в правом подреберье

2. Тупой, ноющий характер боли

. Усиление боли после погрешности в диете

. Иррадиация боли в правую поясничную область и в позвоночник

. Постоянный характер боли

. Тяжесть в правом подреберье и в эпигастральной области

. Нейтрофильный лейкоцитоз

. Повышение СОЭ

. Слабость

Выявленные синдромы:

Болевой синдром - боль в правом подреберье, тупой ноющий характер боли, усиление боли после погрешности в диете, иррадиация боли в правую поясничную область и в позвоночник, постоянный характер боли.

Воспалительный синдром - нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ, слабость.

клинический синдром холецистит

Литература

1. Гостищев В.К. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии. М., 1987 с. 147-156, 313-317.

2. Стручков В.И. Общая хирургия. Учебник. М., 1983, гл. VII, с. 213-225

. Тычинкина А.К. Методическое пособие по составлению истории болезни хирургического больного. Пермь, 1970

. Хегглин Ю.И. Хирургическое обследование. М., 1980, с. 19-34.