**Общие сведения о больном.**

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: женский.

4. Место жительства:

5. Семейное положение: не замужем

6. Социальное положение: временно не работает.

7. Дата и час поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Диагноз:

а) Направившего лечебного учреждения: Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, обострение.

б) При поступлении: Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, обострение.

в) Окончательный –

**Основное заболевание:** Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, обострение..

9. Название операции: лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

10. Обезболивание: общий наркоз, в/в.

11. Группа крови-II, резус-принадлежность (+).

12. Исход болезни: выздоровление, улучшение.

**ЖАЛОБЫ**

Больная, поступила в плановом порядке, с жалобами на боли в эпигастрии, в области правого подреберья, тошноту, сухость, горечь во рту, отрыжку пищей, общую слабость.

**Анамнез болезни**

Больной себя считает в течение 2-х часов начало заболевания связывает с погрешностью в диете и выявленными ранее (15 лет назад) конкрементами в желчном пузыре принимала спазмолитики, обезболивающие препараты - без эффекта. В связи с усилением болей бригадой СМП доставлена в ГКБ№ 21, госпитализирована в первое хирургическое отделение.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась в 1977 году в благополучной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Временно не работает. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Вредные привычки отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, простудные заболевания, пневмония. Оперативные вмешательства: не отмечает. Туберкулез, венерические заболевания, гемотрансфузии отрицает. Аллергические реакции не отмечает. Наследственность не отягощена.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Общее состояние**

Общее состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица обычное. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной эластичности и окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, безболезненна. Отеков не наблюдается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы умеренной степени развития, при пальпации безболезненные. Тонус сохранен. Кости правильной формы, без деформаций, при ощупывании безболезненные. Суставы правильной конфигурации, безболезненные, движения в суставах в полном объеме. В легких везикулярное дыхание, ЧСС 64/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Симптом поколачивания отрицательный. Почки е пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, не учащено. Моча светлая.

**Органы дыхания**

*Осмотр.* Дыхание через нос свободное. Голос не изменен, соответствует возрасту и полу. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

*Пальпация.* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия легких.* Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук.

*Аускультация.* Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония отрицательна с обеих сторон.

**Органы кровообращения**

*Осмотр.* Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

*Пальпация.* При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 74 в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье по срединно-ключичной линии и совпадает по времени с пульсом на лучевой артерии. Невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зоны гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

*Аускультация.* При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Ритм правильный. ЧСС = 78 в мин. Тоны сердца приглушены, не расщеплены, чистые во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого. На периферических артериях и луковицах яремных вен шумы не определяются.

Артериальное давление на момент осмотра 140/80 мм рт ст.

**Органы пищеварения**

*Осмотр.* Язык суховат, обложен белым налетом. Губы не изменены. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется.

*Пальпация.* При поверхностной пальпации живот умеренно напряжен, болезненный в правом подреберье, эпигастрии, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота. В виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается вниз и вверх. На 2-4 см выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него. На 3 см вправо от пупка пальпируется пилорический жом желудка. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не прощупываются. Пальпация в зоне Шоффара безболезненна.

При пальпации печени ее край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровный, мягкой консистенции, безболезненный. Дно желчного пузыря пальпируется. Селезенка в положениях на спине и на боку не пальпируется. Симптом Рагозы отрицательный.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются.

*Перкуссия.*

Перкуссия печени по Курлову:

по правой серединно-ключичной линии – 9 см.

по передней серединной линии – 8 см.

по краю левой реберной дуги – 6 см.

Перкуссия селезенки:

ширина притупления 5 см.

длина притупления 7 см.

Признаки скопления свободной жидкости методами перкуссии и зыбления не определяются.

*Аускультация.* При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

**Мочеполовые органы**

*Осмотр.* При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено. Наличие выбуханий в надлобковой области не обнаружено.

*Перкуссия.* Симптом болезненности при пальпации области почек отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выявляется. Симптом поколачивания в области XII ребра отрицательный с двух сторон.

*Пальпация.* Почки в положении лежа на спине не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек (верхних и нижних) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется.

*Аускультация.* При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

**Нервная система**

Реакция зрачков на свет и чувствительность кожи в норме. Боль при давлении по ходу периферических нервов отсутствует. Физиологические рефлексы оживленные, патологические не наблюдаются. Походка нормальная. Речь не нарушена.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание:** Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, обострение.

Данный диагноз можно выставить на основании:

1.Жалоб больного: боли в эпигастрии, в области правого подреберья, тошноту, сухость, горечь во рту, отрыжку пищей, общую слабость.

2.Данных анамнеза болезни: Больной себя считает в течение 2-х часов начало заболевания, связывает с погрешностью в диете и выявленными ранее (15 лет назад) конкрементами в желчном пузыре принимала спазмолитики, обезболивающие препараты - без эффекта. В связи с усилением болей бригадой СМП доставлена в ГКБ№ 21, госпитализирована в первое хирургическое отделение.

3.Данных объективного обследования: Язык суховат, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот умеренно напряжен, болезненный в правом подреберье, эпигастрии.

**ЛАБОРОТОРНЫЕ И ДРУГИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **ОАК**
2. **ОАМ**
3. **Гр. крови**
4. **Rh-фактор**
5. **УЗИ гепатопанкреальной зоны**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРОТОРНЫХ И ДРУГИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **ОАК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Данные | Нормальные показатели |
| Гемоглобин г/л | 125 | 135-164 |
| Эритроциты 1012/л | 3,7 | 4,1-5,5 |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты 109/л | 10,3 | 4,0-9,0 |
| СОЭ мм/ч | 7 | 1-10 |
| Лейкоцитарная формула:Сегментоядерные в %Палочкоядерные в %Моноциты в %Лимфоциты в %Эозинофилы в % | 6415282 | 47-721-63-1119-374-6 |

1. **ОАМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Дата | Нормальные показатели |
|  Цвет | Желтая | Светло желтая |
| Прозрачность | Полная | Полная  |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1007 | 1004-1024 |
| Белок в %0 | - | - |
| Лейкоциты | 1-2 | 0-4 |
| Бактерии | - | - |
| Слизь | + | - |
| Соли | + | - |
| Эпителий (плоский) | 1 | 0-3 |

1. **Группа крови А2 (II).**
2. **Резус-фактор (+)**
3. **УЗИ гепатопанкреальной зоны**

**Печень:** нижний край правой доли выступает из-под края реберной дуги. Контуры ровные, четкие, непрерывные. Структура с отражением повышенной интенсивности, мелко – среднезернистая, гомогенная, повышенная плотность эхосигналов. Звукопроводимость паренхимы понижена. Визуализируемые внутрипеченочные сосуды не расширенны. Патологические образования не выявляются.

**Желчный пузырь:** его полость четко лоцировать не удается. В проекции пузыря визуализируется структура повышенной эхогенности с неровным передним контуром, позади которой определяется широкая акустическая тень – «отключенный желчный пузырь». Общий желчный проток не расширен.

**Поджелудочная железа:** не увеличена, контуры не ровные, четкие, паренхима не гомогенная повышенной эхогенности. Патологических образований не выявлено.

**Селезенка:** топографические размеры не изменены, капсула ровная, сохранена, не утолщена. Структура хорошо дифференциированна. Паренхима гомогенная с отражением пониженной интенсивности без признаков патологических включений. Селезеночная вена: ширина на визуализируемых участках 6мм, без признаков структурных изменений стенок, их деформации и варикозных изменений.

**УЗИ данные за желчный пузырь с большим количеством конкрементов.**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В типичных случаях диагно­стика приступов желчнокаменной болезни (печеночной колики) не представ­ляет затруднений. В менее характерных случаях не всегда легко дифференци­ровать приступы калькулезного холецистита, острый холецистит или обостре­ние хронического холецистита. При остром холецистите обычно начало при­ступа не столь бурное, как при желчнокаменной болезни, и, несмотря на силь­ные боли, более спокойное. Приступы печеночной колики следует отличать также от колик другого происхождения: почечной, кишечной, аппендикуляр­ной. При почечной колике в отличие от печеночной боли обычно иррадиируют в паховую область, в момент приступа болей отмечается поллакиурия. При­ступы печеночной колики могут быть в редких случаях вызваны гельминтами (печеночная двуустка, аскарида и др.), прохождением кровяных сгустков по желчным путям. Решающее значение во всех случаях имеет холецистография и холеграфия. Однако эти исследования в остром периоде, а также при затруд­нении оттока желчи (при гипербилирубинемии) и непереносимости препаратов йода (очень важен аллергологический анамнез!) противопоказаны. В то же время следует помнить, что в отдельных случаях на обычных рентгеновских снимках правого подреберья, произведенных без применения рентгеноконтрастных веществ, удается увидеть тени кальцийсодержащих конкрементов.

Очень большую помощь в дифференциальной диагностике желчнокамен­ной болезни и других заболеваний оказывает ультразвуковое исследование, которое при необходимости можно без малейшего вреда для больного прово­дить повторно.

Менее доступным (требует очень сложной и дорогой аппаратуры, что возможно в крупных больницах), но также очень ценным методом выявления камней в желчном пузыре и общем желчном протоке, а особенно для диффе­ренциальной диагностики в неясных случаях является компьютерная томо­графия.

В диагностически сложных случаях проводят также ретроградную холангиорентгенографию. Особенно ценно, что с помощью этого метода наиболее достоверно выявляются камни в общем желчном протоке, их структура, сдавления и другие патологические изменения.

Механическую желтуху, обусловленную закупоркой общего желчного протока камнем, в ряде случаев, особенно у пожилых людей, трудно отличить от желтухи, возникшей в результате сдавления или прорастания протока опухолью головки поджелудочной железы. В последнем случае обычно непо­средственно перед появлением желтухи не наблюдается типичного приступа желчной колики, имеет место общее истощение больного, характерно резкое увеличение СОЭ. Эхография, компьютерная томография позволяют поставить правильный диагноз. Наличие постоянных или при-.ступообразных болей в правом подреберье, диспепсические расстройства, симптомы хронического воспаления желчного пузыря, выявляемые при эхогра­фии и компьютерной томографии, позволяют поставить диагноз хронического калькулезного холецистита.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание:** Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, обострение.

Данный диагноз можно выставить на основании:

1.Жалоб больного: боли в эпигастрии, в области правого подреберья, тошноту, сухость, горечь во рту, отрыжку пищей, общую слабость.

2.Данных анамнеза болезни: Больной себя считает в течение 2-х часов начало заболевания связывает с погрешностью в диете и выявленными ранее (15 лет назад) конкрементами в желчном пузыре принимала спазмолитики, обезболивающие препараты - без эффекта. В связи с усилением болей бригадой СМП доставлена в ГКБ№ 21, госпитализирована в первое хирургическое отделение.

3.Данных объективного обследования: Язык суховат, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот умеренно напряжен, болезненный в правом подреберье, эпигастрии.

4.Лабораторного обследования: ОАК, ОАМ, Гр. крови, Rh-фактор, УЗИ гепатопанкреальной зоны

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Оперативное:** лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

**Осмотр:** больная Н., 28 лет, поступила в экстренном порядке с жалобами на боли в правом подреберье после погрешности в диете, тошноту, слабость, сухость во рту. Проведен курс консервативной терапии - приступ купирован.

По данным УЗИ в полости желчного пузыря конкременты, стенки желчного пузыря утолщены, ОЖП не расширен.

Установлен клинический диагноз: ЖКБ, хронический холецистит, обострение.

**Status pr. communis:** Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной эластичности и окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, безболезненна. Отеков не наблюдается. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы умеренной степени развития, при пальпации безболезненные. Тонус сохранен. Кости правильной формы, без деформаций, при ощупывании безболезненные. Суставы правильной конфигурации, безболезненные, движения в суставах в полном объеме. В легких везикулярное дыхание, Ч/Д-18/мин, При аускультации, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД-120/80 мм. рт. ст., ЧСС 64/мин. Язык влажный, корень чистый. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот слегка напряжен, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень по краю реберной дуги, инфильтраты не пальпируются. Пальпируется дно желчного пузыря. Перитонеальных знаков нет. Область почек безболезненная при пальпации, диурез адекватный.

**Status localis:** При поверхностной пальпации живот слегка напряжен, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, брюшной пресс хорошо развит, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

**Диагноз:** ЖКБ, хронический холецистит, обострение.

Учитывая наличие конкрементов в полости желчного пузыря, приступов болей в правом подреберье, анамнез заболевания, с целью профилактики возможных осложнений планируется операция лапароскопическая холецистэктомия под общим обезболиванием. Противопоказаний к операции нет. Больная на операцию согласна, о возможности конверсии предупреждена.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

**ФИО:**

**Диагноз:** ЖКБ, хронический холецистит, обострение.

**Операция:** лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

**Дата, время:** 28.03.06 13:10, продолжительность 45 минут.

**Ход операции:** Операционное поле обработано по Гроссиху. В параумбиликальной области над пупком сделан надрез и в брюшную полость введена игла Вереша, сформирован карбоксиперитонеум в количестве 3 литров. Установлена автоматическая подача газа на уровне 1 литра в минуту. В той же точке введен 11 мм троакар, через который тубус лапароскопа с торцевой оптикой установлен в брюшной полости. В эпигастральной области и в правом подреберье под визуальным контролем в брюшную полость последовательно введены 11 мм и два 5 мм троакара.

При ревизии брюшной полости установлено – желчный пузырь не увеличен в размерах, выступает из-под края правой доли печени. Висцеральная брюшина над ним не изменена. Незначительные спайки между карманом Гартмана и ДПК. Париетальная брюшина без воспалительных явлений. Тупым и острым путем желчный пузырь отделен от сальника, выделены элементы шейки пузыря и пузырный проток. Ductus cysticus клипирован и пересечен на 1.5 см от ductus choledochus, также выделена и клипирована arteria cystica, отходящая от ramus dexter arteria hepaticae propriae. Пузырный проток в диаметре до 0,4 см. Ductua choledochus не расширен. Пузырь выделен из ложа от шейки, удален из брюшной полости в контейнер. Подпеченочное пространство санировано. Кровотечений нет. К ложу желчного пузыря установлена дренажная трубка. Раны передней брюшной стенки ушиты, наложены ассептические повязки.

**ДНЕВНИК**

Состояние больной соответствует объему и сроку перенесенной опереции. Жалобы на боли в области п/о доступов, в области сердца. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. В легких определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, PS 84/мин, АД 140/100, дискенезия. Живот мягкий, не вздут, болезненный в области опер доступов. Повязки чистые, сухие. Перитонеальных знаков нет. По дренажу из брюшной полости умеренное количество геморрагического отделяемого. Мочеиспускание в норме.

Состояние больной соответствует срокам послеоперационного периода. Жалобы на незначительные боли в области п/о доступов, в области сердца. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. В легких определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, PS 84/мин, АД 140/100, дискенезия. Живот мягкий, не вздут, болезненный в области опер доступов. Повязки чистые, сухие. Перитонеальных знаков нет. По дренажу из брюшной полости умеренное количество геморрагического отделяемого. Мочеиспускание в норме.

Состояние больного соответствует срокам послеоперационного периода. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. В легких определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные, PS 84/мин, АД 140/100. Живот мягкий, не вздут, дренаж удален.

**ПРОГНОЗ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Прогноз, как правило, благоприятный. При лечении в ранних стадиях процесс может стабилизироваться и даже прекратиться. После хирургического лечения большинство больных выздоравливают. Через 1-1,5 мес после операции трудоспособность полностью восстанавливается.

**ЭПИКРИЗ**

06 поступила в ГКБ № 21 с диагнозом: ЖКБ, хронический холецистит, обострение с жалобами на периодические боли в области правого подреберья, возникающие после погрешностей в диете, тошноту, сухость во рту, отрыжку пищей, слабость.

После проведенного обследования был выставлен диагноз:

**Основное заболевание:** ЖКБ, хронический холецистит, обострение.

Данный диагноз можно выставить на основании:

1. Жалоб больного: боли в эпигастрии, в области правого подреберья, тошноту, сухость, горечь во рту, отрыжку пищей, общую слабость.

2. Данных анамнеза болезни: Больной себя считает в течение 2-х часов начало заболевания, связывает с погрешностью в диете и выявленными ранее (15 лет назад) конкрементами в желчном пузыре принимала спазмолитики, обезболивающие препараты - без эффекта. В связи с усилением болей бригадой СМП доставлена в ГКБ№ 21, госпитализирована в первое хирургическое отделение.

3.Данных объективного обследования: Язык суховат, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот умеренно напряжен, болезненный в правом подреберье, эпигастрии.

4.Лабораторного обследования: ОАК, ОАМ, Гр. крови, Rh-фактор, УЗИ гепатопанкреальной зоны

В результате проведенного оперативного лечения отмечается положительная динамика.