# Паспортные данные

Имя, фамилия, отчество больного:

Возраст: Родилась

Место жительства:

Место работы:

Группа крови: А (II), Rh +

Дата и час поступления: 5.09.08., 940- 945

Кем направлен больной: станцией скорой помощи

Диагноз направившего учреждения: острый холецистит

Предварительный диагноз: острый холецистит

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Желчнокаменная болезнь, острый флегмонозный, обтурационный холецистит.

Осложнения: Эмпиема желчного пузыря

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, ожирение I степени

Дата, время и название выполненной операции: 6.09.08, 920 – 1010, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости

Дата начала курации: 10.09.2008.

Дата выписки: 16.09.2008.

##### **Жалобы**

Больная жалуется на тупые, ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, в правую лопатку. Боли усиливаются при перемене положения тела, при дыхании, кашле. Так же её беспокоит постоянная тошнота, частая рвота (1-2 раза в день периодически с 26.08.08.), сухость во рту, общая слабость.

**История настоящего заболевания**

Заболела остро 26.08.08., когда внезапно появились интенсивные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область и в правую лопатку. Больную беспокоила сильная тошнота. В тот же день у неё дважды была рвота, вначале желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Была вызвана скорая помощь. От предложенной госпитализации больная отказалась. Болевой синдром сохранялся в течение полутора недель с постепенным нарастанием интенсивности. 3.09.08. и 4.09.08. температура тела больной колебалась от 36,90 С до 37,30 С. Утром 5.09.08. боли в правом подреберье резко усилились, у больной была однократная рвота. Была вызвана скорая помощь, и пациентка была госпитализирована в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко во второе хирургическое отделение.

# История жизни

# (Anamnesis vitae)

Краткие биографические данные: родилась в 1953 г. Была единственным ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. На данный момент является частным предпринимателем. Замужем. Имеет двоих взрослых детей (сына 30 лет и дочь 25 лет).

Бытовой анамнез: живет в трехкомнатной квартире с мужем. Условия для проживания хорошие. Зоны экологических бедствий не посещала. Питается регулярно, разнообразно.

Вредные привычки: Не курит и никогда не курила. Алкоголь и наркотики не употребляет.

Перенесенные заболевания и травмы: Редко болела ОРЗ. ВИЧ, венерические болезни, туберкулез, вирусные гепатиты у себя и ближайших родственников отрицает. Серьезных травм не было. Операций не было. Страдает ожирением 1 степени и сахарным диабетом второго типа на протяжении 3 лет. Постоянно принимает диабетон.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными и лихорадящими больными отрицает. Кровь никогда не переливалась.

Гинекологический анамнез: Менопауза с 48 лет. Менструации были с 13 лет, регулярные, умеренные. В анамнезе пять беременностей: двое родов и три аборта.

Аллергологический анамнез: непереносимость различных медикаментов, вакцин и сывороток, пищевых продуктов не отмечает.

Наследственность: не отягощена.

**Объективное исследование больного**

**(STATUS PRAESENS)**

Состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Вес 77 кг. Рост 160 см (масса тела на 28 % выше нормы - у больной ожирение 1 степени). Температура тела нормальная. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. ЧСС 84 в минуту. АД 130 и 80 мм рт ст. ЧДД 22 в минуту.

Лицо больной бледное. Кожный покров чистый, влажный, розового оттенка. Тургор кожи снижен. На животе и ногах имеются растяжки. Оволосение по женскому типу. Слизистые чистые, розового цвета. Ногти розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка сильно выражена.

У больной пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Узлы мягкой консистенции, безболезненные, умеренно подвижные и не спаяны с окружающей тканью, кожа над лимфоузлами не изменена. Миндалины не изменены, без налёта.

Степень развития мыщц удовлетворительная, тонус и сила мышц снижены, болезненность и уплотнения при пальпации не обнаруживается.

Кости правильной формы, без деформации, болезненность при пальпации и перкуссии не выявляется.

Суставы обычной конфигурации, безболезненны при пальпации, температура кожи над суставами соответствует температуре тела, активные и пассивные движения в полном объеме.

Дыхательная система.

Грудная клетка гиперстенического типа. Эпигастральный угол тупой. Ребра идут горизонтально, межреберные промежутки сужены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. При визуальном осмотре область яремных вен не изменена. Над- и подключичные ямки симметричные. При спокойном дыхании грудная клетка симметрична, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание поверхностное, частое, частота дыхательных движений 22 в минуту.

При последовательной пальпации: надключичной области, ключицы, подключичной области, грудины, ребер, межреберных промежутков передней и боковых поверхностей грудной клетки, а так же над-, меж- и подлопаточных областей болезненности не выявлено, грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки одинаково.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легочной ткани отмечается ясный легочный перкуторный звук. При топографической перкуссии : высота стояния верхушек легких справа и слева на 3,5 см от верхнего края ключицы спереди, на уровне С 6-7 сзади. Ширина полей Кренига с обеих сторон 7,5 см.

Нижняя граница правого легкого: по окологрудинной линии - 6 межреберье, по срединно-ключичной линии - 6 ребро, по передней подмышечной - 7 ребро, по средней подмышечной линии - 8 ребро, по задней подмышечной линии - 9 ребро, по лопаточной линии - 10 ребро, по остистому отростку 11 грудного позвонка.

Нижняя граница левого легкого: по передней подмышечной линии - 7 ребро, по средней подмышечной линии – 8 ребро, по задней подмышечной линии – 9 ребро, по лопаточной линии – 10 ребро, по остистому отростку 11 грудного позвонка.

При аускультации над всей поверхностью легочных полей выслушивается везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

## Сердечно-сосудистая система.

Визуально область сердца не изменена. Видимой пульсации яремных вен, набухания шейных вен, положительного венного пульса не наблюдается.

Пальпаторно пульсации во втором межреберье справа и слева не обнаружено. Определяется слабая пульсация в ягулярной ямке. Пальпаторно верхушечный толчок определяется слева на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии в пятом межреберье, умеренной силы, разлитой, увеличенной протяженности. Сердечный толчок пальпаторно не определяется. При определении эпигастральной пульсации выявляется небольшая передаточная пульсация с брюшной аорты, ослабевающая на высоте глубокого вдоха. Диастолическое дрожание на верхушке и систолическое дрожание на аорте отсутствуют.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая граница - на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4-м межреберье, верхняя - в 3-м межреберье, левая - на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает с верхушечным толчком. Поперечник относительной тупости сердца 12 см. Ширина сосудистого пучка 6 см. Конфигурация сердца нормальная. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости: правая граница - по левому краю грудины, верхняя - на уровне 4 - го ребра, левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной тупости.

При аускультации сердца тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, тоны ритмичны. Частота сердечных сокращений –84 удара в минуту. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.Частота пульса 84 удара в минуту, пульс ритмичный, ненапряженный, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке. Артериальное давление 130 и 80 мм. рт. ст.

Селезенка.

Селезенка не пальпируется. При перкуссии выявлено, что длина селезенки, по десятому ребру составляет 9 сантиметров, поперечный размер – 7 сантиметров. Перкуторно: верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии); нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии); задний верхний полюс - по лопаточной линии; передний нижний полюс – 1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку.

Мочеполовая система.

Внешних изменений при осмотре области почек не выявлено Болезненность при пальпации почек и мочевого пузыря отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез сохранен.

### Эндокринная система.

Больная страдает сахарным диабетом второго типа и ожирением первой степени. Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Нервная система.

Обоняние и вкусовосприятие сохранено. Органы зрения, слух, вестибулярный аппарат в нормальном состоянии. Сохранена деятельность мимической мускулатуры, языка. Речь в норме. Походка обычная, судорог и дрожания нет. Отклонений в высшей нервной деятельности не наблюдается.

**Хирургический статус**

Пищеварительная система.

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 чем выявлено отставание во время дыхания правой половины живота от левой. На передней брюшной стенке не выявлено рубцов и расширений подкожных вен, но имеются стрии.

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 Мерфи (больной в положении на спине, кисть левой руки располагается так, чтобы большой палец поместился ниже реберной дуги, приблизительно в точке расположения желчного пузыря. Остальные пальцы руки - по краю реберной дуги. Если попросить больного сделать глубокий вдох, то он прервется, не достигнув вершины, из-за острой боли в животе под большим пальцем)- положительный.

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 – 9 сантиметров, по передней срединной – 8 сантиметров, по левой реберной дуге – 7 сантиметров. При пальпации край печени не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется.

При аускультации выслушивается перистальтика кишечника. Газы отходят. Последний стул 4 сентября, около 10 часов утра, кашецеобразный, обычного цвета.

**Предварительный диагноз**

Острый холецистит. Ожирение 1 степени. Диагноз поставлен на основании жалоб и объективного исследования больной.

Диагноз острый холецистит поставлен на основании жалоб и объективного исследования больной. Больная жалуется на тупые, ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, в правую лопатку. Боли усиливаются при перемене положения тела, при дыхании, кашле. Так же её беспокоит постоянная тошнота, частая рвота (1-2 раза в день периодически с 26.08.08.), сухость во рту, общая слабость. Заболела остро 26.08.08., когда внезапно появились интенсивные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область и в правую лопатку. Больную беспокоила сильная тошнота. В тот же день у неё дважды была рвота, вначале желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Болевой синдром сохранялся в течение полутора недель с постепенным нарастанием интенсивности боли. 3.09.08. и 4.09.08. температура тела больной колебалась от 36,90 С до 37,30 С. Утром 5.09.08. боли в правом подреберье резко усилились, у больной была однократная рвота.

При осмотре: губы сухие, переход в слизистую часть губы выражен, язык сухой, обложен белым налетом. 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 чем выявлено отставание во время дыхания правой половины живота от левой. 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. Так же положительны характерные для острого холецистита следующие симптомы: с. Мерфи, с. Ортнера, с. Мюсси-Георгиевского, с. Кера, с. Захарьина.

Диагноз ожирение 1 степени поставлен на основании объективного исследования больной. Вес 77 кг. Рост 160 кг. При осмотре выявлено, что масса тела на 28 % выше нормы.

**План обследования**

Анализы:

1. анализ на группу крови и Rh-фактор;
2. общий анализ крови (с целью выявления анемии, лейкоцитоза и признаков воспаления);
3. общий анализ мочи (с целью диагностики сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы);
4. биохимический анализ крови (с целью определения содержания общего белка, глюкозы, билирубина, мочевины и амилазы) ;
5. анализ крови на RW и ВИЧ.

Исследования:

1. Электрокардиография (для исключения патологии сердца);
2. УЗИ органов брюшной полости (с целью проведения дифференциальной диагностики, для исключения патологии со стороны органов брюшной полости);
3. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (для исключения патологии со стороны пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки).

**Лабораторные исследования**

Анализ на группу крови и Rh-фактор (5.09.08.): А (II), Rh +

Общий анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 05.09.2008 | норма |
| Гемоглобин | 140 г/л | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 4,9\*1012/л | 4,0 – 5,1\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 10,4\*109/л | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | 44 мм/ч | 1 – 10 мм/ч |
| Лейкоцитарн.ф-ла: |  |  |
| нейтрофилы |  |  |
| палочко-ядерные | 10 | 1 – 6% |
| сегментоядерные | 52 | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 0 | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 24 | 18 – 40% |
| Моноциты | 5 | 2 –9% |
| Плазмоциты | 1 | Отсутствуют |

Заключение: В анализе крови выявлены признаки воспалительной реакции (увеличение количества лейкоцитов, ускорение СОЭ).

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 5.09.2008. | Норма |
| Цвет | Светло-желтый | Светло-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная |
| Белок | Отсутствует | Отсутствует |
| Реакция | кислая | кислая |
| Относительная плотность | 1,014 | 1,010-1,025 |
| Микроскопия: |  |  |
| лейкоциты | 1-2 в поле зрения | 0-3 в поле зрения |
| эпителиальные клетки | 3-4 в поле зрения | 0-4 в поле зрения |

Заключение: в общем анализе мочи отклонений от нормы не выявлено.

Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
|  |  05.09.08. |
| Общий белок | 71 г/л |
| Альбумин | 63,1 % |
| Глобулины: |  |
| - альфа1 | 2,0 % |
| - альфа2 | 7,3 % |
| - бета | 10,1 % |
| - гамма | 17,5 % |
| АСТ | 5,4 ед/л |
| АЛТ | 6,0 ед/л |
| Билирубин общий | 18,1 мкмоль/л |
| Глюкоза | 13, 2 ммоль/ л |

Заключение: в биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня глюкозы. У пациентки сахарный диабет.

8.09.08. Уровень глюкозы крови –12,2 ммоль/л

10.09.08. Уровень глюкозы крови –13,7 ммоль/л

15.09.08. Уровень глюкозы крови –11,9 ммоль/л

Анализ крови на ВИЧ и на RW (8.09.08): отрицательный

#### Исследования

Электрокардиография: 8.09.2008. Ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений составляет в среднем 70 ударов в минуту. Угол альфа равен 90 градусов – вертикальное положение оси сердца. Заключение: Отклонений от нормы не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости (5.09.2008):

Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, края острые, ткань печени повышенной эхогенности. КВР правой доли 146 мм. КВР левой доли 67 мм. Сосудистый рисунок обеднен. Воротная вена – 7мм. Паренхима печени диффузно уплотнена.

Желчный пузырь: изогнутой формы с перетяжкой в теле. Размеры увеличены 87\*34мм. Стенки имеют трехслойную структуру, они деформированы спайками и утолщены до 7 мм. В полости желчного пузыря у шейки локализуется эхопозитивное образование размерами 12 мм с аккустической тенью. В жидкосном содержимом имеется большое количество эхопозитивных включений. Общий желчный проток не расширен, просвет свободен.

Поджелудочная железа: средних размеров, контуры ровные, ткань поджелудочной железы нормоэхогенная, структура с зонами уплотнений, вирсунгов проток не визуализируется.

Селезёнка: средних размеров, контуры ровные, ткань нормоэхогенная, структура не изменена.

Заключение: При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки жирового гепатоза печени, конкремента желчного пузыря, обострения калькулезного холецистита.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия.(06.09.08.): 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.

**Дифференциальный диагноз**

Острый холецистит дифференцируют со следующими заболеваниями:

* 1. Острый аппендицит.
	2. Острая кишечная непроходимость.

4) Острая непроходимость артерий брыжейки.

5) Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. 6) Почечная колика.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Основное заболевание: желчнокаменная болезнь, острый флегмонозный, обтурационный, калькулезный холецистит

Осложнения: эмпиема желчного пузыря

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2-го типа, ожирение I степени.

Диагноз поставлен на основании жалоб, объективного исследования больной, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Больная жалуется на тупые, ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, в правую лопатку. Боли усиливаются при перемене положения тела, при дыхании, кашле. Так же её беспокоит постоянная тошнота, частая рвота (1-2 раза в день периодически с 26.08.08.), сухость во рту, общая слабость. Заболела остро 26.08.08., когда внезапно появились интенсивные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область и в правую лопатку. Больную беспокоила сильная тошнота. В тот же день у неё дважды была рвота, вначале желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Болевой синдром сохранялся в течение полутора недель с постепенным нарастанием интенсивности боли. 3.09.08. и 4.09.08. температура тела больной колебалась от 36,90 С до 37,30 С. Утром 5.09.08. боли в правом подреберье резко усилились, у больной была однократная рвота.

При осмотре: губы сухие, переход в слизистую часть губы выражен, язык сухой, обложен белым налетом. 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 чем выявлено отставание во время дыхания правой половины живота от левой. 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. Так же положительны характерные для острого холецистита следующие симптомы: с. Мерфи, с. Ортнера, с. Мюсси-Георгиевского, с. Кера, с. Захарьина.

Диагноз ожирение 1 степени поставлен на основании объективного исследования больной. Вес 77 кг. Рост 160 кг. При осмотре выявлено, что масса тела на 28 % выше нормы.

В анализе крови выявлены признаки воспалительной реакции (увеличение количества лейкоцитов, ускорение СОЭ).

В биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня глюкозы, что свидетельствует о наличии сахарного диабета.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки жирового гепатоза печени, конкремента желчного пузыря, обострения калькулезного холецистита, что свидетельствует о наличии у пациентки желчнокаменной болезни, осложненной острым флегмонозным, обтурационным, калькулезным холециститом и эмпиемой желчного пузыря

**Лечение**

* 1. стол № 5;
	2. режим стационарный;
	3. раствор анальгина 50 %, 2,0 мл + раствор димедрола 1%, 1,0 мл – внутримышечное введение, 2 раза в день;
	4. раствор папаверин 2 %, 2,0 мл + расвор платифиллина 0,2 %, 1,0 мл – внутримышечное введение, 2 раза в день;
	5. 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;
	6. планируется оперативное лечение – лапароскопическая холецистэктомия и дренирование брюшной полости.

**Предоперационный эпикриз**

На операцию 9.09.08. подготовлена больная (возраст –54 года), поступившая с клиникой острого калькулезного холецистита. Больная была экстренно госпитализирована 5.09.2008. на машине скорой помощи в приемное отделение ПОКБ им. Н. Н. Бурденко, а затем оттуда направлена во второе хирургическое отделение. Больной было назначено консервативное лечение, получена положительная симптоматика (значительно уменьшилась интенсивность болевых ощущений). При УЗИ органов брюшной полости были выявлены конкременты в желчном пузыре и признаки холецистита.

После подготовки больной планируется оперативное лечение - лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом. Группа крови больной: А (II), Rh-фактор – положительный. Предполагаемый объем кровопотери – незначительный, поэтому интраоперационная гемотрансфузия не планируется. Согласие больной на операцию получено. Риск развития тромбоэмболических осложнений средний.

В клинике проведен курс предоперационной подготовки, включающий премедикацию: внутримышечное введение: 1) раствор 0,1 % атропина сульфата – 0,5 мл, 2) раствор 1% димедрола – 1 мл; подкожное введение: раствор 2% промедола – 2, 0 мл.

**Протокол операции**

9.09.08, 920 –1010. Операция – лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

После двукратной обработки операционного поля раствором йодопирона и раствором хлоргексидина под эндотрахеальным наркозом выполнен разрез кожи над пупком. Введен троакар, введена оптика.

При ревизии в правом подпеченочном пространстве имеется инфильтрат. Дополнительно введены манипуляторы, инфильтрат разведен тупым путем.

Желчный пузырь значительно увеличен в размерах, стенка его утолщена, инфильтрирована. В шейке желчного пузыря находится конкремент. Произведена пункция желчного пузыря и эвакуировано 120 мл гнойного содержимого.

С большими техническими трудностями (из-за инфильтрата) из печеночно-двенадцатиперстной связки выделен пузырный проток, пузырная артерия, последние были клеппированы и отсечены.

Выполнена холецистэктомия от шейки желчного пузыря. Брюшная полость промыта растворами антисептиков. В правое подпеченочное пространство введена трубка. Желчный пузырь удален через разрез над пупком. Послойно наложены швы на рану. Операционное поле обработано раствором йода и наложена асептическая повязка.

Макропрепарат: желчный пузырь размерами 12\*4\*4 см с утолщенными и инфильтрированными стенками. В просвете желчного пузыря локализован конкремент размером 1 см в диаметре и гнойная жидкость.

Интраоперационный диагноз: Основное заболевание: желчнокаменная болезнь, острый флегмонозный, обтурационный холецистит. Осложнение: эмпиема желчного пузыря.

**Дневники наблюдения**

10.09.08. Жалобы на боль в месте послеоперационных ран, слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 36.90 С, АД 130 и 80 мм.рт.ст, ЧСС 80 уд. в минуту. Пульс 80 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Мочеиспускание безболезненное, свободное, выделилось около 200 мл мочи светлого желтого цвета. Язык покрыт белым налетом. Живот не вздут, симметричен, умеренно болезненный при пальпации. Перитонеальная симптоматика не выражена. Гиперемии и инфильтрации краев ран нет, швы лежат нормально. Через дренаж выделилось незначительное количество серозно-геморрагического содержимого. Повязка сухая.

Произведены следующие назначения:

* диета № 1;
* постельный режим;
* перевязка;
* промывание брюшной полости через дренаж раствором клафорана (1г антибиотика растворить в 5 мл физ. раствора);
* холод на послеоперационную рану;
* с целью обезболивания подкожное введение раствора 2% промедола - 2,0 мл (в 6 00, 12 00, 18 00, 22 00).

12.09.2008. Жалобы на боль в месте послеоперационных ран, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 370 С, АД 120 и 70 мм.рт.ст, ЧСС 68 ударов в минуту. Пульс 68 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в минуту. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча светлого желтого цвета. Язык покрыт белым налетом. Живот не вздут, симметричен, умеренно болезненный при пальпации в области послеоперационных швов. Был оформленный стул. Перитонеальная симптоматика не выражена. Повязка чистая, сухая.

Назначения:

* диета № 1;
* палатный режим;
* ЛФК;
* дыхательная гимнастика;
* удаление дренажа;
* перевязка;
* холод на послеоперационную рану;

13.09.2008. Жалобы на слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36,70 С, АД 130 и 80 мм.рт.ст, ЧСС 72 удара в минуту. Пульс 72 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в минуту. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча светлого желтого цвета. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, безболезненный при пальпации. При пальпации в области послеоперационных швов определяется умеренная болезненность. Стул оформленный. Перитонеальная симптоматика не выражена. Повязка чистая, сухая.

Назначения:

 - диета № 5;

* палатный режим;
* ЛФК;
* дыхательная гимнастика;
* перевязка.

15.09.08. Жалобы на слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура 36,60 С, АД 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС 62 удара в минуту. Пульс 62 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в минуту. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча светлого желтого цвета. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, безболезненный при пальпации. Стул оформленный. Перитонеальная симптоматика не выражена. Повязка чистая. Назначения:

* диета № 5;
* палатный режим;
* ЛФК;
* дыхательная гимнастика;
* перевязка.

16.09.2008. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура 36,60 С, АД 130 и 80 мм.рт.ст, ЧСС 72 удара в минуту. Пульс 72 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в минуту. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Моча светлого желтого цвета. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, безболезненный при пальпации.

Повязка чистая. Швы сняты. Рана зажила первичным натяжением. Стул оформленный, один раз в сутки. Наложена асептическая повязка. Больная готова к выписке.

**Прогноз**

Для жизни: благоприятный.

Для полного выздоровления: сомнительный.

Для трудоспособности: благоприятный.

**Выписной эпикриз**

Больная \_\_\_, 1953 года рождения, находилась во 2-ом хирургическом отделении ОКБ им. Н.Н. Бурденко с 5.09.2008. по 16.09.2008. года. С клиническим диагнозом желчнокаменная болезнь, острый флегмонозный, обтурационный, калькулезный холецистит и эмпиема желчного пузыря. Сопутствующие заболевания сахарный диабет второго типа, ожирение 1 степени.

Больная жаловалась на тупые, ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, в правую лопатку. Боли усиливались при перемене положения тела, при дыхании, кашле. Так же её беспокоила постоянная тошнота, частая рвота (1-2 раза в день периодически с 26.08.08.), сухость во рту, общая слабость. Заболела остро 26.08.08., когда внезапно появились интенсивные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область и в правую лопатку. Больную беспокоила сильная тошнота. В тот же день у неё дважды была рвота, вначале желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Болевой синдром сохранялся в течение полутора недель с постепенным нарастанием интенсивности боли. 3.09.08. и 4.09.08. температура тела больной колебалась от 36,90 С до 37,30 С. Утром 5.09.08. боли в правом подреберье резко усилились, у больной была однократная рвота. Она была госпитализирована.

При осмотре: губы сухие, переход в слизистую часть губы выражен, язык сухой, обложен белым налетом. 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 чем выявлено отставание во время дыхания правой половины живота от левой. 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. Так же положительны характерные для острого холецистита следующие симптомы: с. Мерфи, с. Ортнера, с. Мюсси-Георгиевского, с. Кера, с. Захарьина.

При проведении лабораторных исследований: в анализе крови выявлен лейкоцитоз (10,4\*109/л) и увеличение СОЭ, что свидетельствует о наличии в организме воспалительной реакции. Уровень глюкозы в крови был повышен, больная знала о наличии у себя сахарного диабета, регулярно и самостоятельно принимала диабетон.

Дата операции 9.09.2008. Название операции – лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационное состояние больной нормальное. Удаленный желчный пузырь имел признаки флегмонозного воспаления.

После операции пациентке в течение 2-х дней вводился наркотический анальгетик промедол.

Больная \_\_ выписана из стационара 16.09.08. На момент выписки состояние больной удовлетворительное.