1. **Паспортная часть.**

**Фамилия:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Имя:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Отчество:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:** 25.02.2004г.

**Возраст:** 03.02.1947г.(57лет)

**Пол:** женский

**Национальность:** русская

**Профессия:** мастер по железо – бетонным и бетонным изделиям, в настоящее время работает санитаркой в клиниках СибГМУ.

**Домашний адрес:** г. Томск,

**Семейное положение:** вдова, 3-ое детей

**Диагноз при поступлении:** ЖКБ, хронический холецистит

**Клинический диагноз:** ЖКБ, хронический холецистит

**Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь II ст.

**Осложнения:** не выявлено

**Название операции:** лапароскопическая холецистэктомия

**Дата операции:** 27.02.2004г.

**Продолжительность:** 11:40 – 12:10

**Вид анестезии:** общий наркоз

**Послеоперационные осложнения:** нет

**Исход заболевания:** выздоровление

**Трудоспособность:** восстановлена

**Дата выписки:** 5.03.2004г.

1. **Жалобы**

**Общие:** периодические боли в области правого подреберья, возникающие после приема жирной пищи, тошнота.

**III. Anamnesis morbi**

# История развития заболевания

Болезнь дала о себе знать в 1992г (12 лет назад), в виде болевого приступа во всей левой стороне эпигастрия. Обратилась в больницу, где ей было проведено обследование и обнаружено, что в её желчном пузыре находиться камень – 6мм.

После чего ей было рекомендовано оперативное лечение, но после того, как боль прошла, она не обращалась за хирургической помощью. Подобные болевые ощущения повторялись периодически.

 И вот 25.02.2004г. больная поступила в КОХ СибГМУ, в плановом порядке, для оперативного лечения. Лечение до поступления в клинику не производилось.

**IV. Anamnesis vitae**

**Анамнез жизни**

Родилась 03.02.1947 году. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, закончила 9 классов, затем поступила в Индустриальный техникум в городе Хабаровске, окончив техникум получила профессию мастер по железо – бетонным и бетонным изделиям. Приехала в Томск 1968 году, где работала на заводе керамических материалов и изделий. Трое детей. В 34 года закончила курсы инженера – нормировщика, затем вышла на пенсию и пошла работать санитаркой в клиники СибГМУ.

1. **Перенесенные заболевания, операции, аллергии, идиосинкразии:**

Венерологические заболевания, СПИД, гепатит отрицает, в 15 лет была проведена аппендэктомия. Трижды рожала. Аллергический анамнез не отягощен. Травмы и другие операции отрицает.

1. **Семейный анамнез и наследственность:**

Вдова, живет с детьми, наследственность не отягощена.

1. **Профессиональный анамнез:**

Работает санитаркой в клиниках СибГМУ.

1. **Социально – бытовой анамнез:**

Живет в благоустроенной квартире с детьми, бытовые условия удовлетворительные, гигиенический режим соблюдает, материально обеспечина. Питание регулярное и полноценное. Употребление алкоголя, никотина и наркотических веществ отрицает.

1. **Status present objectivus**

**Данные объективного исследования**

**Общее состояние больного:** удовлетворительное

**Положение:** активное

**Сознание:** ясное

**Рост:** 155см.

**Вес:** 68кг.

**Температура:** 36,5

**Пульс:** 64 уд/мин.

**Давление:** 120/80 мм.рт.ст.

**Телосложение:** нормостеническое

**Исследование кожи:** нормальная окраска и умеренная влажность кожи

**Слизистые:** чистые, влажные

**Подкожная клетчатка:** развита умеренно

**Лимфотические узлы:** не увеличены, безболезненные

**Опорно – двигательный аппарат:** без видимых деформаций, движение осуществляется в полном объеме

**Голова и лицо:** без аномалий

**Ротовая полость:** язык чистый, влажный

**Шея:** видимых патологических пульсаций нет, щитовидная железа не увеличена

**Грудная клетка:** цилиндрической формы

**Дыхательные движения:** симметричны на обеих половинах грудной клетки

**Мочеполовая система:** развита по женскому типу, мочеиспускание свободное, безболезненное

**Перкуссия легких:**

**Сравнительная перкуссия:** над передними, задними и боковыми отделами грудной клетки, перкуторный звук легочной, над симметричными отделами. Гамма звучности не изменина.

**Топографическая перкуссия:**

**Высота стояния верхушки легкого слева справа**

**Спериди**  3см. 3см.

**Сзади**  на 2см. ниже 7 позвонка

**Ширина полей Крёнинга**  6см. 6см.

**Нижние границы легких**

**Окологрудинная**  – 5 ребро

**Ср. – ключичная**  – 6 ребро

**Пер. подключичная** 7 ребро 7 ребро

**Ср. подключичная** 8 ребро 8 ребро

**Задн. Подключичная**  9 ребро 9 ребро

**Лопаточная** 10 ребро 10 ребро

**Аускультация легких:**

**Сравнительная аускультация:** выслушивается везикулярное дыхание

**Хар – ка основного дыхательного шума:** тембр звука «Ф», дыхание слышно на 1/3 выдоха, выдох тише вдоха, ниже по тональности.

**Побочные дыхательные шумы:** не выслушиваются

**Осмотр области сердца:** без особенностей

**Пальпация сердца:** верхушечный толчек определяется 5 межреберье, на 1,5 см кнутри от срединно – ключичной линии, не разлитой, не усилен

**Аускультация сердца:** тоны приглушены, ритмичны

**Был произведен осмотр больной терапевтом (25.02.2004г.):**

Состояние удовлетворительное, жалоб активно не предьявляет.

АД: 128/76; Ps: 76.

АД в последние 3 года имеет тенденцию к повышению до 150-170/80-90, при регулярном приеме экалакрина АД сохраняется в пределах 120-130/70-80,болей стенокардического характера не возникало.

Жалоб со стороны дыхательной системы нет

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета, язык умеренно обложен белым налетом, над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритм правильный, живот мягкий, умеренная болезненность в правом подреберье, на ногах отеков нет. Был поставлен Ds: гипертоническая болезнь сердца II ст. риск III.

**Осмотр анестезиолога (26.02.2004г.):**

Объективно: кожные покровы обычного цвета, слизистые бледно – розовые, язык влажный с налетом, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны ритмичны, АД 140/70 мм.рт.ст., отеков нет, планируется операция.

1. **Status localis morbi**

**Местные изменения**

Живот обычной, округлой формы, равномерно учавствует в акте дыхания всеми отделами, увеличен за счет подкожной клетчатки, кожа в правом подреберье физиологической окраски, достаточной влажности и эластичности. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в области желчного пузыря. Нижний край правой доли печени не выступает из под края реберной дуги, эластичной консистенции. Симптом покачивания отрицателен в обеих сторонах. Перитониальных симптомов нет. Отмечаются положительные симптомы Кера, Ортнера – Грекова (болезненность при поколачивании по правой реберной дуге), Мерфи (боль при глубокой пальпации в зоне желчного пузыря).

**VII. Клинико – диагностическое отделение**

**Свертывающая система крови**

**Дата: 26.02.2004г.**

**Протромбиновый индекс (%)** 81,1 80 – 105

А**ЧТБ (сек)** 28 25 – 35

**Фибриноген общий (г/л)** 3,5 2,5 – 3,5

**Фибриноген В** отр отр

**Биохимические показатели крови**

**Дата: 25.02.2004г.**

**Билирубин общий** 17,1 8,55 – 20,5

 **прямой** отр

**Общий белок (г/л)** 75,9 65 – 85

**Тимоловая проба (ед)** 3,5 0,4

**Глюкоза (ммоль/л)** 4,0 3,5 – 5,7

**АСТ (мккат/л)** 0,6 0,1 – 0,42

**АЛТ (мккат/л)** 1,5 0,1 – 0,42

**Альфа – амилаза**

**сыворотки (г/час\*л)** 25,0 12 – 32

**Общий анализ крови**

**Дата: 25.02.2004г.**

**Hb**  128 132 – 164 (м)

 115 – 145 (ж)

**Эритроциты**  3,86 4,5 – 5,1 (м)

 3,7 – 4,7 (ж)

**ЦП**  0,9

**Лейкоциты**  4,2 4,78 – 7,68

**СОЭ (мм/час)** 16 1 – 10 (м)

 2 – 16 (ж)

**Нейтрофилы п/я** 2 0 –6

**Нейтрофилы с/я** 78 47 – 72

**Эозинофилы**  2 0,5 – 5

**Базофилы**  1 0 – 1

**Лимфоциты**  13 19 – 37

**Моноциты**  4 3 – 11

**Анализ мочи**

**Дата: 26.02.2004г.**

**Цвет:** светло – желтый

**Прозрачность:** прозрачная

**Удельный вес:** 1022

**Белок:** отр.

**VIII. Инструментальные методы исследования.**

**Отделение радиоизотопной и ультрозвуковой диагностики**

**Ультрозвуковое исследование**

**Дата: 25.02.2004г.**

В кишечнике избыток газа. Печень не увеличена, передне – задний размер правой доли 130 мм, поверхность ровная, ткань однородная, обычной эхогенности. Сосудистый рисунок сохранен. Воротная вена d=8 – 9 мм. Желчные протоки не расширены.

Желчный пузырь 69 – 34 мм, правильной грушевидной формы, стенка неравномерной толщины, содержимое неоднородно. В полости множественные эхоплотные образования различной величины, максимальный из которых до 17мм с акустической тенью.

Поджелудочная железа видна фрагментами, ткань однородная, обычной эхогенности.

Почки, лежа, расположены обычно, подвижность сохранена, контуры ровные, четкие. Паренхиматозный слой достаточной толщины, хорошо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены. Конкременты не определяются. В вертикальном положении, без физической нагрузки, избыточной подвижности почек нет.

**Заключение:** Метиоризм. ЖКБ. Калькулезный холецистит.

**ЭКГ:**

Угол альфа = 52 гр.

 Нормальное положение электрической оси сердца

 Ритм синусовый (67/1мин.)

 Неполная блокада правой ножки пучка Гисса

 ЭКГ в пределах возрастной нормы

**IX. Предоперационный эпикриз**

Больная Сорокина Н.Г. 57 лет, поступила в КОХ СибГМУ в плановом порядке 25.02.2004г. с Ds: ЖКБ, хронический холецистит.

В анамнезе – периодические приступы боли в области правого подреберья.

По УЗИ - неоднократно обнаруживались конкременты в желчном пузыре

Сопутствует – гипертоническая болезнь II ст. риск III.

Планируется лапароскопическая холецистэктомия.

Согласие со стороны пациентки получено.

**X. Диагноз и его обоснование**

**Жалобы:** периодические боли в области правого подреберья,возникающие после приема жирной пищи, тошнота.

**Анамнез:** в 1992г (12 лет назад), боли в виде приступа во всей левой стороне эпигастрия. Обратилась в больницу, где ей было проведено обследование и обнаружено, что в её желчном пузыре находиться камень – 6мм.

После чего ей было рекомендовано оперативное лечение, но после того, как боль прошла, она не обращалась за хирургической помощью. Подобные болевые ощущения повторялись периодически.

**Объективные данные:** живот округлой формы, мягкий, при глубокой пальпации живота отмечается незначительная болезненность в точке желчного пузыря.

**УЗИ:** в день поступления в КОХ СибГМУ, больной было произведено УЗИ, в полости желчного пузыря были обнаружены множественные эхогенные образования различной величины, максимальный из которых 17 мм и был поставлен диагноз ЖКБ, хронический холецистит.

**Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь II ст. риск III.

**XI. Диагноз и дифференциальная диагностика.**

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.

Хронический калькулезный холецистит следует отличать в первую очередь от желчно­каменной болезни (правда, эти два заболевания часто сочетаются), хрониче­ского холангита, дискинезии желчных путей.

**Приложение.**



Рис. 1. Болевые точки и зоны кожной гиперестезии при желчнокаменной болезни.

Нередко удается определить болевые точки и участки кожной гипересте­зии соответственно зонам Захарьина — Геда (рис. 1): 1) в области проекции желчного пузыря; 2) в эпигастральной области; 3) в поджелудочно-желчно-пузырной точке; 4) в плечевой зоне; 5) в точке лопаточного угла; 6) в паравертебральных точках справа от VIII до XI грудного позвонка; 7) в точке диафрагмального нерва — болезненность при надавливании между передними ножками правой грудиноключично-сосцевидной мышцы (положительный френикус - симптом, симптом Мюсси — Георгиевского).

**Подготовка к операции:** очищение кишечника

Накануне вечером: Nozepam – 2 таблетки на ночь

 Dimedrolum – 2 таблетки

Утром в день операции: Sol.Atropini 0,1% - 1ml

 Sol.Sibazoni 0,5% - 2ml

 Sol.Promedoli 2% - 1ml

##### Описание операции

**Название:** лапароскопическая холецистктомия

**Дата проведения:** 27.02.2004г.

**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.

##### XIV. Дневник

**27.02.2004г.** Знакомство с больной, сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр.

АД: 125/80 мм.рт.ст.

Ps: 78 удара в минуту

Температура: 36,5

Состояние: удовлетворительное, положение активное.

Проведена операция: лапароскопическая холецистэктомия

**28.02.2004г.** Состояние после операции удовлетворительное, жалобы на боли в области оперативного вмешательства.

АД: 120/80 мм.рт.ст.

Ps: 72 удара в минуту

Температура:36,7

**1.03.2004г.** Состояние удовлетворительное, в областе оперативного вмешательства кожа обычная, слизистые влажные, чистые, органы в норме.

АД: 120/80 мм.рт.ст.

Ps: 88 ударов в минуту

Температура: 36,5

**2.03.2004г.** Состояние удовлетворительное, умеренная болезненность в области эпигастрия, газы отходят, стула не было.

АД: 125/80 мм.рт.ст.

Ps: 84 ударов в минуту

Температура: 36,7

**4.03.2004г.** Состояние удовлетворительное жалоб нет.

АД: 120/80 мм.рт.ст.

Ps: 86 ударов в минуту

Температура: 36,6

##### XV. Выписной эпикриз

Больная, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 57 лет, поступила 25.02.2004г. в КОХ СибГМУ с Ds: ЖКБ, хронический холецистит.

Жалобы: на периодически возникающие приступы в правом подреберье, тошнота.

Из анамнеза: боли в течении 12 лет, камни в желчном пузыре.

Объективно: при глубокой пальпации умеренная болезненность в правом подреберье.

По УЗИ: ЖКБ, калькулезный холецистит.

Выполнена лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением

Проведена инфузионная терапия.

Пациентка выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача поликлиники.

**XVI. Список литературы**

1.Кубышкин В.А. Стрекаловский В.П. «Лапароскопическая холецистэктомия – старые проблемы в новом свете». Хирургия, 1997г.

2.Вертянкин С.В. «Лапароскопическая холецистэктомия». Москва, 1998г.

3.Калашников С.В. «Об изменениях в желчных путях после удаления желчного пузыры».1963г.

4.Нестеренко Ю.А. Федулова Н.Н. «Постхолецистэктомический синдром, диагностика, лечение, профилактика».1994г.

5.Тетенев Ф.Ф. «Физические методы исследования»

6.Островерхов Г.Е. Бомаш Ю.М. Люботский Д.Н. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия».1972г.

7.Комаров Ф.И. Кукес В.Г. Сметнев А.С. «Внутренние болезни».1981г.

8.Струков В.И. Струков Ю.В. «Общая хирургия».1988г.