# Паспортная часть

# Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: инвалид I группы

# Кем направлен: Шумилинская ЦРБ

Доставлен в стационар: по экстренным показаниям

Диагноз направившей организации: Поддиафрагмальный абсцесс справа

Диагноз при поступлении: Абсцессы печени. Вторичный плеврит справа. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Рассеянный склероз, спинальная форма. Состояние после комбинированного лечения заболевания правой молочной железы

Диагноз клинический: ЖКБ. Острый гангренозный калькулезный холецистит.

Диагноз заключительный:

Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания впервые, всего 1 раз.

Жалобы

На умеренную общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Боль в животе возникают спонтанно, локализуется в правой подреберной области, но часто принимает разлитой характер, по всей поверхности живота.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около двух недель, когда впервые появились вышеупомянутые жалобы. С 02.03.2015 проходила лечение в хирургическом отделении Шумилинской ЦРБ, где 05.03.2015 был пунктирован поддиафрагмальный абсцесс, после которого развился реактивный плеврит справа. 10.03.2015 была направлена ВОКБ для дальнейшего обследования и лечения. 11.03.2015 поступила во 2-е хирургическое отделение ВОКБ.

Анамнез жизни

Родилась в Витебской области. г.п. Обаль.росла и развивалась соответствии с возрастом. Прививки согласно приказам МЗРБ соответствуют возрасту. Перенесенные заболевания: ОРИ, заболевание правой молочной железы (прошла комбинированную терапию 2013г.). в течение 9 лет страдает заболеванием, рассеянным склерозом.

Туберкулез, ВИЧ-инфекцию, гепатит, сифилис – отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен

Наследственный анамнез: не отягощен

Операции: Аппендэктомия, секторальная резекция правой молочной железы.

Трансфузиологический анамнез: не отягощен

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести

Сознание: ясное

Состояние психики: спокойное

Телосложение: гиперстеничное, ожирение 2 ст.

Кожные покровы, видимые слизистые: без изменений

Лимфоузлы: не увеличены, безболезненные

Костно-мышечная и суставная система: без отклонений от нормы

Органы кровообращения

Пульс 94 уд.в мин., ритмичный, дефицита пульса нет. АД 130/70 мм.рт.ст. Границы сердца не расширены, тоны сердца приглушены, шумов нет.

Органы дыхания

Число дыханий 16 в минуту, одышки нет, перкуторно ясный легочной звук слева, справа – притуплен в нижних отделах. Дыхание везикулярное слева, справа – дыхание ослабленно, хрипы мелкопузырчатые в нижних отделах справа.

Органы пищеварения

Рвоты нет, язык влажный обложен белым налетом, зев не гиперемирован, печень увеличена, выходит из под края реберной дуги на +3,0 см, безболезненна; желчный пузырь не определяется, болезненный; перистальтика обычна; живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Стул ежедневный, 1 раз в сутки, обычного цвета, без примесей.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Симптом покалачивания:отрицательный.

Диурез достаточный.

План обследования

1. ОАК cito!
2. ОАМ
3. ЭКГ
4. УЗИ cito!
5. БАК (глюкоза, биллирубин, общий белок, мочевина, креатинин,АлАТ, АсАТ, холестерин)
6. РКТ грудной клетки
7. Гемостазиограмма

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

**ОАК от 17.03.2015**

Эритроциты – 3,2\*1012

Hb –83г/л

Цв.п – 0,91

СОЭ – 60 мм/ч

Лейкоциты – 9,1\*109

П/Я – 2

С/Я – 69

Э – 3

Мон – 8

**ОАМ от 17.03.2015**

Цвет – с/ж

Мутность – мутная

Реакция – кислая

Относительная плотность – 1010

Белок – нет

Глюкоза – нет

Эпителий плоский – 1-2 в п.зр.

Лейкоциты – в большом количестве

Эритроциты – 12-13 в п. зр.

Бактерии +

Дрожжеподобные грибы +++

**ЭКГ от 13.03.2015**

Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭОС. ЧСС 86 уд.в мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

**УЗИ от 12.03.2015**

Заключение: Диффузные изменения печени, преимущественно справа. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Перихолецистит. Абсцесс печени. Правосторонний гидроторакс.

**РКТ грудной клетки от 12.03.2015**

Заключение: Правосторонний пневмогидротоакс, с частичным субателектазом нижней доли правого легкого, релаксация правого купола диафрагмы. Зоны пониженной Rtg плотности в правой доле печени, участок поддиафрагмального газа.

 **Анализ мочи на а-амилазу от 07.01.2015**

Альфа-амилаза – 82,6 г/час л

**БАК от 17.03.2015**

Общий белок – 43 г/л

Мочевина – 2,0 Ммоль/л

Креатинин –0,045 Ммоль/л

АлАТ 37 Е/л

АсАт30 Е/л

Общий билирубин – 14,2 Мкмоль/л

Прямой билирубин -3,0 Мкмоль/л

Глюкоза – 4,0 Ммоль/л

Холестерин 3,9 Ммоль/л

Гемостазиограмма от 17.03.2015

АЧТВ – 22

ПТИ – 1,16

Фибриноген А – 5,4г/л

**Обоснование диагноза**

На основании жалоб пациентки (На умеренную общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Боль в животе возникают спонтанно, локализуется в правой подреберной области, но часто принимает разлитой характер, по всей поверхности живота), данных анамнеза заболевания (Считает себя больной около двух недель, когда впервые появились вышеупомянутые жалобы. С 02.03.2015 проходила лечение в хирургическом отделении Шумилинской ЦРБ, где 05.03.2015 был пунктирован поддиафрагмальный абсцесс, после которого развился реактивный плеврит справа. 10.03.2015 была направлена ВОКБ для дальнейшего обследования и лечения. 11.03.2015 поступила во 2-е хирургическое отделение ВОКБ), данных объективного осмотра (гиперстеническое телосложение, ожирение 2 ст., печень увеличена на +3,0 см, безболезненна; желчный пузырь не определяется, болезненный; живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, болезненный в правом подреберье и эпигастрии, состояние после комбинированного лечения рака молочной железы справа 2013г. ), данных лабораторных и инструментальных исследований (СОЭ 60, Л 9х109,ОАМ: Лейкоциты – в большом количестве,эритроциты – 12-13 в п. зр.,бактерии, дрожжеподобные грибы +++, заключение УЗИ: Диффузные изменения печени, преимущественно справа. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Перихолецистит. Абсцесс печени. Правосторонний гидроторакс., БАК:билирубин 28,6, РКТ ГК**,** заключение: Правосторонний пневмогидроторакс, с частичным субателектазом нижней доли правого легкого, релаксация правого купола диафрагмы. Зоны пониженной Rtg плотности в правой доле печени, участок поддиафрагмального газа.) можно выставить клинический диагноз: Абсцессы печени. Вторичный реактивный плеврит справа. Хронический калькулезные холецистит. Рассеянный склероз, спинальная форма. Заболевание правой молочной железы T2N0M0 St. IIa. Состояние после комбинированного лечения 2013 г. 4 кл.

Дифференциальная диагностика

Дифференциация холелитиаза с правосторонней почечной коликой в большинстве случаев не встречает особых затруднений. Характерна иррадиация боли: вверх - при желчной колике; вниз, в ногу, в пах, в половые органы - при почечной. Имеет значение наличие дизурических явлений при почечной колике, гематурии или эритроцитурии вслед за болевым приступом.

Иногда приходится дифференцировать желчнокаменную болезнь с язвенной болезнью при наличии атипичной боли, в частности с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Помимо анемнестических данных о язвенной болезни свидетельствуют и результаты глубокой пальпации, при которой часто определяется плотный, резко болезненный тяж - спазмированный пи-лородуоденальный участок. Диагноз подтверждается рентгенологически.

В отдельных случаях необходима дифференциация желчнокаменной болезни с панкреатитом. Локализация боли слева в надчревной области и слева от пупка с иррадиацией в сиину, в левую часть позвоночника, левую лопатку, левую половину плечевого пояса свойственна заболеваниям поджелудочной железы и обычно не наблюдается при желчнокаменной болезни. Имеет значение и повышенное содержание диастазы в моче.

Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом в большинстве случаев не вызывает затруднений, однако в сомнительных случаях следует прибегнуть к операции.

Наконец, в некоторых случаях диагностические затруднения возникают при дифференциации обтурационной желтухи при закупорке общего желчного протока камнем с механической желтухой при раке желчных путей и поджелудочной железы. Быстрое развитие желтухи, связь ее с предшествующим болевым синдромом, наличие, желчных колик в анамнезе свидетельствуют о желчнокаменной болезни, тогда как относительно медленное и постепенное развитие желтухи дает основание заподозрить злокачественную опухоль. Рентгенологически (при контрастной холеграфии) обнаруживаются, единичные или множественные камни. Реже тени конкрементов видны и на обзорной рентгенограмме.

**План лечения**

Режим палатный, стол – голод.

1)Ципрофлоксацин 0,2 в/в 3 р/д

2)Меропенем 1,0 в/в кап. 3 р/д

3)Флюконазол 0,2% 200,0 в/в кап 3 р/д

4)Р-р Рингера 1000 + Вит. В1 2,0 + Вит. В6 2,0 в/в капельно

5)Церукал 2,0х3 р/д

6) Ранитидин 2,5% 2,) 3 р/с.

7) Экстренная операция: холецистэктомия с дренированием.

**Дневники наблюдений**

24.03.2015

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Жалоб не предъявляет.

Кожный покров и видимые слизистые бледно- розового цвета, без высыпаний. В легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, остаточные хрипы справа. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 86 уд.в минуту, хорошего наполнения. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации, безболезненный. Диурез и стул в норме.

25.03.2015

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Жалоб не предъявляет.

Кожный покров и видимые слизистые бледно- розового цвета, без высыпаний. В легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 82 уд.в минуту, хорошего наполнения. Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации, безболезненный. Диурез и стул в норме.

Эпикриз

Пациентка, Будневич Анна Антоновна, поступила во 2-е хирургическое отделение ВОКБ 11.03.2015, где на основании жалоб пациентки (На умеренную общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных значений. Боль в животе возникают спонтанно, локализуется в правой подреберной области, но часто принимает разлитой характер, по всей поверхности живота), данных анамнеза заболевания (Считает себя больной около двух недель, когда впервые появились вышеупомянутые жалобы. С 02.03.2015 проходила лечение в хирургическом отделении Шумилинской ЦРБ, где 05.03.2015 был пунктирован поддиафрагмальный абсцесс, после которого развился реактивный плеврит справа. 10.03.2015 была направлена ВОКБ для дальнейшего обследования и лечения. 11.03.2015 поступила во 2-е хирургическое отделение ВОКБ), данных объективного осмотра (гиперстеническое телосложение, ожирение 2 ст., печень увеличена на +3,0 см, безболезненна; желчный пузырь не определяется, болезненный; живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, болезненный в правом подреберье и эпигастрии, состояние после комбинированного лечения рака молочной железы справа 2013г. ), данных лабораторных и инструментальных исследований (СОЭ 60, Л 9х109,ОАМ: Лейкоциты – в большом количестве,эритроциты – 12-13 в п. зр.,бактерии, дрожжеподобные грибы +++, заключение УЗИ: Диффузные изменения печени, преимущественно справа. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Перихолецистит. Абсцесс печени. Правосторонний гидроторакс., БАК:билирубин 28,6, РКТ ГК**,** заключение: Правосторонний пневмогидроторакс, с частичным субателектазом нижней доли правого легкого, релаксация правого купола диафрагмы. Зоны пониженной Rtg плотности в правой доле печени, участок поддиафрагмального газа.) можно выставить клинический диагноз: Абсцессы печени. Вторичный реактивный плеврит справа. Хронический калькулезные холецистит. Рассеянный склероз, спинальная форма. Заболевание правой молочной железы T2N0M0 St. IIa. Состояние после комбинированного лечения 2013 г. 4 кл.

Было проведено лечение: Режим палатный, стол – голод.1)Ципрофлоксацин 0,2 в/в 3 р/д, 2)Меропенем 1,0 в/в кап. 3 р/д, 3)Флюконазол 0,2% 200,0 в/в кап 3 р/д, 4)Р-р Рингера 1000 + Вит. В1 2,0 + Вит. В6 2,0 в/в капельно, 5)Церукал 2,0х3 р/д, 6) Ранитидин 2,5% 2,) 3 р/с., 7) Экстренная операция: холецистэктомия с дренированием.

 В настоящее время находится в состоянии после операции, продолжает лечение.

Прогноз для жизни удовлетворительный.