**Паспортная часть:**

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Возраст:

Место жительства:

Дата поступления: 22.01.10.

Дата курации: 15.02.10.

Предварительный диагноз: ЖКБ. Острый холецистит.

Клинический диагноз: ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз.

Сопутствующее заболевание: Хронический бронхит. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Осложнения: Механическая желтуха.

Назначение операции: 28.01.10. Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому. Вид обезболивания – эндотрахеальный наркоз.

Послеоперационный диагноз: ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

**Жалобы в 1й день курации:**

на умеренную боль в области п/о рубца, желтушность кожных покровов, слабость.

**Anamnesis morbi:**

Больной себя считает с 21.01.10., когда впервые почувствовала боль в эпигастрии и правом подреберье, была тошнота, однократная рвота. Самостоятельно приняла но-шпу. 22.01.10. заметила желтушность кожи и склер. Доставлена скорой помощью в БСМП. В приемном покое была осмотрена хирургом. Проведено обследование: ОАК, ОАМ, УЗИ органов брюшной полости. Был поставлен диагноз: ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

**Anamnesis vitae:**

Родилась в 1950 году, в Ульяновске. Материально-бытовые условия в детские годы были удовлетворительными.

Менструации установились с 12 лет, в 24 года вышла замуж, родила двух детей. В настоящий момент живёт с мужем.

Из перенесённых заболеваний отмечает грипп, ангину, ОРВИ. Гепатит, туберкулёз, сахарный диабет и венерические заболевания отрицает. Непереносимости лекарственных средств не отмечает. Алкоголь не употребляет, не курит, гемотрансфузий не проводилось.

В настоящее время материально-бытовые условия хорошие.

Наследственность не отягощена.

**Status praesens:**

*Общий осмотр*

Общее состояние больной на момент осмотра удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция гиперстеническая.

Вес 88 кг, рост 165 см, температура тела в подмышечной впадине 36,7оС.

Кожа желтая, без пигментаций. Сыпей, трещин, геморрагий, расчёсов нет. Видимых опухолей нет. Влажность кожи умеренная, её эластичность и тургор тканей сохранены. Ногти и волосы без патологических изменений.

Видимые слизистые желтого цвета, без высыпаний, влажные.

Подкожная жировая клетчатка чрезмерно развита, наибольшие места отложения – живот, ягодицы, бедра. Отеков нет. Крепитации, болезненности при пальпации нет.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются.

Мышцы развиты равномерно, тонус их сохранен, сила не уменьшена. Контрактур, уплотнений в мышцах нет.

Кости без патологических изменений. Искривлений позвоночника, за исключением физиологических, нет. Болезненности при пальпации, перкуссии костей нет.

Суставы обычной формы, безболезненны, кожа над ними без изменений. Движения в суставах сохранены в полном объёме, без хруста, свободные. Болезненности при пальпации суставов нет.

*Система дыхания.*

Состояние верхних дыхательных путей: дыхание свободное, осуществляется через нос, выделений из носа нет. Перкуссия и пальпация придаточных пазух носа безболезненна. При осмотре гортани изменений в ней не определяется. Голос без осиплости.

Осмотр грудной клетки: форма грудной клетки нормостеническая. Ширина межрёберных промежутков около 1,5 см, направление рёбер косое.

Обе половины грудной клетки симметричны. Лопатки прилегают плотно, тип дыхания смешанный, движения грудной стенки равномерные, ритмичные, дыхание средней глубины, 18 в минуту. Одышки нет.

Пальпация грудной клетки: при пальпации болезненность отсутствует, грудная клетка умеренно резистентна, голосовое дрожание проводится на обе половины грудной клетки равномерно. Трения плевры нет.

Перкуссия лёгких: при сравнительной перкуссии лёгких определяется ясный лёгочный перкуторный звук над симметричными участками обоих лёгких. Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек лёгких спереди - на 3 см выше ключиц, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Аускультация лёгких: над всей поверхностью лёгких - везикулярное дыхание. Крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония одинакова над симметричными участками обоих лёгких.

*Система кровообращения.*

Исследование артерий и вен: при осмотре проекций артерий и вен верхних видимых изменений не определяется. На нижних конечностях определяется варикозное расширение вен. Пульс на лучевых артериях обеих рук симметричный, ритмичный, умеренного напряжения, хорошего наполнения. Частота пульсовых колебаний - 76 в минуту, дефицита пульса нет. Видимой пульсации сосудов надчревной области нет. Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук одинаково и равно 130/80 мм ртутного столба.

Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, ЧСС – 76 в минуту, раздвоения, расщепления тонов нет. Патологических ритмов, сердечных шумов и шума трения перикарда не определяется.

*Мочевыделительная система.*

Мочеиспускание свободное, безболезненное. При осмотре поясничной области патологических изменений не определяется. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

*Нервно-эндокринная система.*

Видимого увеличения щитовидной железы нет. При пальпации определяется её перешеек в виде мягкого, подвижного, безболезненного валика. Сон не нарушен. Зрение и слух сохранены, вкусовые ощущения не нарушены. Чувствительность сохранена. Фотореакции живые, нистагма нет, конвергенция не нарушена. Пальценосовая проба без патологии.

*Система органов пищеварения*

Осмотр полости рта: при осмотре полости рта его слизистая розового цвета, чистая, влажная. Язык обложен желтоватым налётом, сосочки сохранены, влажность нормальная. Разрыхлённости, кровоточивости, язв дёсен нет. Миндалины не увеличены, без воспалительных изменений. Зубы свои.

Осмотр живота: живот выпячен, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Пупок втянут. Расширения подкожных вен живота нет.

Пальпация живота: при поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается некоторая болезненность в правом подреберье. Напряжения, расхождения мышц брюшной стенки, грыжевых выпячиваний, опухолей нет. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

При глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в правом подреберье. В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного гладкого тяжа диаметром около 2,5 см, безболезненного и подвижного. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде подвижного, умеренно напряжённого, безболезненного цилиндра диаметром около 3 см. Терминальные отделы подвздошной, слепой кишок, поперечно-ободочная кишка и желудок не пальпируются.

Перкуссия живота: при перкуссии живота свободной жидкости в брюшной полости нет. Над кишечником определяется тимпанический перкуторный звук. Аускультация живота: при аускультации живота выслушиваются шумы перистальтики. Нижняя граница желудка, определяемая методами аускультаторной перкуссии и аффрикции, находится на 4 см выше пупка по левой парастернальной линии. Стул оформленный.

Перкуссия печени - границы печени:

верхняя - V межреберье по правой срединноключичной линии.

нижняя - на 1,0 см ниже края рёберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

Размеры печени по Курлову: по срединно-ключичной линии – 12 см., по передне-срединной линии – 11 см., косой размер – 10 см.

Пальпация печени: при пальпации печени определяется её острый гладкий край. Пальпация незначительно болезненна.

Селезёнка: перкуторно определяется в обычном месте, 5 х 7 см. Пропальпировать её не удаётся.

**Status localis**

Живот слегка увеличен, симметричный, участвует в акте дыхания, кожа живота желтая, выбуханий не выявлено. По краю правой реберной дуги видна повязка, чистая. Из под края реберной дуги идет дренаж (из холедоха), отток по дренажу 300 мл желтой жидкости. Определяется болезненность в правой эпигастральной области. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно, при пальпации посторонних образований в ней не выявлено. Тонус мышц брюшной стенки одинаковый с обеих сторон.

**Сводка патологических данных:**

На основании жалоб больной, анамнеза заболевания, данных объективного и лабораторно-инструментальных исследований выставлен предварительный диагноз: ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

**План обследования**

1. Общий анализ крови

2. Биохимическое исследование крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ).

3. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов, включая антитела к HBs-антигену)

4. Общий анализ мочи

5. Коагулограмма

6. ЭКГ

7. Контрольное УЗИ органов брюшной полости

**Данные обследования**

1. *Общий анализ крови от 22.01.10*

Эритроциты 4,4х10\*12/л

Гемоглобин 128 г/л

Цветовой показатель 0,8

Лейкоциты 12,9х10\* 9/л

Эозинофилы 4 %

Нейтрофилы:

палочкоядерные 5%

сегментоядерные 75%

Лимфоциты 13%

Моноциты 6%

СОЭ 38 мм/час

Заключение: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

*Общий анализ крови от 27.01.10*

Эритроциты 3,9х10\*12/л

Гемоглобин 126 г/л

Цветовой показатель 0,8

Лейкоциты 9,9х10\* 9/л

Эозинофилы 4 %

Нейтрофилы:

палочкоядерные 5%

сегментоядерные 75%

Лимфоциты 13%

Моноциты 6%

СОЭ 38 мм/час

Заключение: ускоренное СОЭ.

*Общий анализ крови от 15.02.10*

Эритроциты 3,6х10\*12/л

Гемоглобин 126 г/л

Цветовой показатель 0,8

Лейкоциты 7,5х10\* 9/л

Эозинофилы 1 %

палочкоядерные 2%

сегментоядерные 70%

Лимфоциты 20%

Моноциты 7%

СОЭ 25 мм/час

Заключение: ускоренное СОЭ.

2. *Общий анализ мочи от 27.01.10*

Количество 190,0

Цвет светло-жёлтая

Реакция кислая

Удельный вес 1003

Прозрачность полная

Белок нет

Сахар нет

Микроскопия осадка:

Эпителиальные клетки незначительное количество

Лейкоциты 5-6 в поле зрения

Эритроциты нет

Заключение: норма.

*Общий анализ мочи от 15.02.10*

Количество 170,0

Цвет светло-жёлтая

Реакция кислая

Удельный вес 1008

Прозрачность полная

Белок нет

Сахар нет

Микроскопия осадка:

Эпителиальные клетки незначительное количество

Лейкоциты 1-2 в поле зрения

Эритроциты нет

Заключение: норма.

3. *Биохимический анализ крови от 27.01.10*

Билирубин общий: 160 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л), прямой: 40 мкмоль/л, не прямой: 120 мкмоль/л

Белок: 80,9 г/л

Глюкоза: 5,6 мм/л

α- амилаза: 7,0

Заключение: повышенный билирубин..

4. *Коагулограмма 27.01.10*

ПТИ 94,2%

Фибриноген 2,4г/л

5. *RW*-отр

6. *УЗИ**органов брюшной полости от 27.01.10*

Размеры печени: - правая доля-14,5см

- левая доля-7,4см

- паренхима диффузная, неоднородная.

Воротная вена 1,1см, холедох 0,4см.

Поджелудочная железа: размеры 2,6\*1,5\*2,4 структура неодноодная, гиперэхогенная.

Желчный пузырь: размеры 7,6\*2,5 , форма – перегиб в области шейки, стенка 0,5см, уплотнена, весь просвет заполнен мелкими конкрементами (6-8мм).

Заключение: диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы, острый холецистит.

7. *ЭКГ*

Синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца. Умеренные изменения в миокарде.

**Дифференциальный диагноз**

Острый холецистит требует дифференцирования с острым панкреатитом и раком печени.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cимптом | Острый холецистит | Рак печени | Острый панкреатит |
| Характер болей | В правом подреберье, сильные, приступообразные, затем постоянные, иррадиация в правую лопатку, надплечье | На ранних стадиях отсутствует боль.  В поздних стадиях:  Боли в правом подреберье, сильные, тупые. | Боли в правой подрёберной области Распространённый болевой синдром (без чёткой локализации). |
| Прочие жалобы | Тошнота, рвота | Слабость, похудание. | Диспепсические симптомы |
| Анамнез | Желчекаменная болезнь | Нет | Нет |
| Желтуха | Обтурационная | В поздних стадиях: обтурационная | В 30-40% случаев сопровождаются желтухой |
| Объективное обследование | Болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси, Мейо-Робсона, Менделя в правом подреберье, интоксикация выражена умеренно | Болезненность и напряжение мышц в правой подреберье. Гепатомегалия, либо опухолевый узел или плотный бугристый нижний край печени. | Симптом Мёйо-Робсонй, положительные симптомы де Мюссй, Кача, Гротта. При тонкой брюшной стенке пальпируют плотную и болезненную головку поджелудочной железы. |
| Дополнительное обследование | УЗИ, Изменения воспалительного характера в общем анализе крови | В крови – фетопротеин. Лапароскопия с биопсией. | Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Гипопротеинемия и диспротеинемия |

*Этиопатогенез ЖКБ*

Этиологию желчнокаменной болезни нельзя считать достаточно изученной. Известны лишь экзо- и эндогенные факторы, увеличивающие вероятность ее возникновения. К эндогенным факторам относятся, прежде всего, пол и возраст. По данных большинства и отечественных, и зарубежных статистик женщины, как уже упоминалось, страдают холелитиазом в 3-5 раз чаще, чем мужчины, а по данным некоторых авторов даже в 8-15 раз. При этом особенно часто камни формируются у многорожавших женщин.

Описаны желчные камни у детей даже первых месяцев жизни, однако в детском возрасте ЖКБ встречается исключительно редко. С возрастом распространенность холелитиаза нарастает и становится максимальной после 70 лет, когда частота выявления желчных конкрементов на аутопсиях у лиц, умерших от разных причин, достигает 30 и даже более процентов.

Существенную роль играет, по-видимому, и конституциональный фактор. Так, ЖКБ, несомненно, чаще встречается у лиц пикнического телосложения, склонных к полноте. Избыточная масса тела наблюдается приблизительно у 2/3 больных. Способствуют развитию ЖКБ некоторые врожденные аномалии, затрудняющие отток желчи, например, стенозы и кисты гепатикохоледоха, парапапиллярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки, а из приобретенных заболеваний — хронические гепатиты с исходом в цирроз печени. Определенное значение в формировании главным образом пигментных камней имеют заболевания, характеризующиеся повышенным распадом эритроцитов, например, гемолитическая анемия, хотя образующиеся у большинства больных мелкие пигментные камни, как правило, не сопровождаются типичными для холелитиаза клиническими проявлениями.

Из экзогенных факторов главную роль играют, по-видимому, особенности питания, связанные с географическими, национальными и экономическими особенностями жизни населения. Рост распространенности ЖКБ на протяжении XX века, преимущественно в экономически развитых странах, большинство авторов объясняют увеличением потребления пищи, богатой жиром и животными белками. В то же время в экономически процветающей Японии в связи с национальными особенностями питания холелитиаз встречается в несколько раз реже, чем в развитых странах Европы, США или в России. Крайне редко ЖКБ встречается в бедных тропических странах, Индии, Юго-Восточной Азии, где население питается преимущественно растительной пищей и часто страдает от недоедания.

Желчные камни формируются из основных элементов желчи. Нормальная желчь, выделяемая гепатоцитами, в количестве 500—1000 мл в сутки, представляет собой сложный коллоидный раствор с удельной массой 1,01 г/см³, содержащий до 97 % воды. Сухой остаток желчи состоит, прежде всего, из солей желчных кислот, которые обеспечивают стабильность коллоидного состояния желчи, играют регулирующую роль в секреции других ее элементов, в частности холестерина, и почти полностью всасываются в кишечнике в процессе энтерогепатической циркуляции.

Различают холестериновые, пигментные, известковые и смешанные камни. Конкременты, состоящие из одного компонента, относительно редки. Подавляющее число камней имеют смешанный состав с преобладанием холестерина. Они содержат свыше 90 % холестерина, 2-3 % кальциевых солей и 3-5 % пигментов, причем билирубин обычно находится в виде небольшого ядра в центре конкремента. Камни с преобладанием пигментов часто содержат значительную примесь известковых солей, и их называют пигментно-известковыми. Структура камней может быть кристаллической, волокнистой, слоистой или аморфной. Нередко у одного больного в желчных путях содержатся конкременты различного химического состава и структуры. Размеры камней сильно варьируют. Иногда они представляют собой мелкий песок с частичками менее миллиметра, в других же случаях один камень может занимать всю полость увеличенного в размерах желчного пузыря и иметь вес до 60-80 г. Форма желчных конкрементов также разнообразна. Они бывают шаровидными, овоидными, многогранными (фасетчатыми), бочкообразными, шиловидными и т. д.

В известной мере условно различают два типа камнеобразования в желчных путях:

первичный

вторичный

Формирование конкрементов в неизмененных желчных путях является началом патологического процесса, который на протяжении длительного времени или в течение всей жизни может не вызывать значительных функциональных расстройств и клинических проявлений. Иногда обусловливает нарушения проходимости различных отделов желчевыводящей системы и присоединение хронического, склонного к обострениям инфекционного процесса, а, следовательно, и клинику ЖКБ и ее осложнений.

Вторичное камнеобразование происходит в результате того, что уже в течение ЖКБ возникают нарушения оттока желчи (холестаз, желчная гипертензия) из-за обтурации первичными камнями «узких» мест желчной системы (шейка желчного пузыря, терминальный отдел холедоха), а также вторичных рубцовых стенозов, как правило, локализующихся в этих же местах, что способствует развитию восходящей инфекции из просвета желудочно-кишечного тракта. Если в образовании первичных камней главную роль играют нарушения состава и коллоидной структуры желчи, то вторичные конкременты являются результатом холестаза и связанной с ним инфекции желчной системы. Первичные камни формируются почти исключительно в желчном пузыре, где желчь в нормальных условиях застаивается на длительное время и доводится до высокой концентрации. Вторичные конкременты, помимо пузыря, могут образовываться и в желчных протоках, включая внутрипеченочные.

*Лечение ЖКБ*

С учетом клинических проявлений острого холецистита и степени срочности проведения оперативного вмешательства различают три группы больных (решение 6-го Пленума Правления Всесоюзного общества хирургов 1956 г.) : 1) Группа больных с подозрением на деструктивные формы острого холецистита, когда процесс с самого начала принимает тяжелое бурное течение, а также больные с панкреонекрозами – в этих случаях показана срочная операция по жизненным показаниям.

2) Группа больных, у которых при наблюдении в условиях стационара отмечается нарастание тяжести симптомов, на протяжении 2-3 дней отсутствует улучшение, несмотря на весь комплекс консервативного лечения, и если появляются симптомы панкреатита. Таких больных следует оперировать в ближайшие 24-72 часа, используя это время на предоперационную подготовку и обследование.

3) Больные у которых приступ постепенно ликвидируется, особенно в случаях повторных, хотя бы и не тяжелых, приступов. Таких больных следует оперировать на 10-12 день после окончания приступа («ранняя» операция по Б.А.Петрову).

Срок операции определяется темпами затихания воспалительных явлений. Основную массу больных с острым холециститом предусматривается оперировать, не выписывая из стационара, по «затухании» воспалительного процесса. В течение более чем 10 лет отдаётся предпочтение активной консервативной тактике при о/холецистите, а экстренные и срочные операции проводят лишь по жизненным показаниям: при прободных формах холецистита, гнойном и желчном перитоните, выявленных в первые часы.

В комплекс консервативных мероприятий входят: покой, голод, щелочное питьё, новокаиновая паранефральная блокада, применение антибиотиков ШСД, сульфаниламидных препаратов, введение различных спазмолитиков и жидкостей в/в и симптоматическая терапия. В подавляющем большинстве случаев, получив терапевтический эффект от консервативного лечения таких больных детально обследуют, готовят к операции и проводят её спустя 10-14 дней после купирования острых воспалительных явлений в желчных путях. При этом, вне зависимости от сроков оперативного вмешательства и состояния желчного пузыря, при уточненном диагнозе о/холецистит – предпочитают осуществление холецистэктомии и необходимой коррекции патологически измененных магистральных желчевыводящих протоков. Необходимым условием операции на желчных путях является широкий операционный доступ, позволяющий свободно манипулировать на желчных протоках, дистальном отделе желудка, 12-перстной кишке и печеночном углу поперечно-ободочной кишки. В последнее время отдаётся предпочтение верхней срединной лапаротомии. В условиях современного ЭТН доступ позволяет произвести операцию на внепеченочных желчных протоках, однако у больных с большим избыточным весом и при повторных операциях применяют косой подреберных разрез по С.П.Федорову. Удаление желчного пузыря рационально выполнять от шейки, однако при технических трудностях можно перейти к холецистэктомии «от дна». В последнее время, с развитием эндоскопической хирургии, появилась возможность проведения эндоскопической холецистэктомии.

**Лечение данной больной:**

S. Analgini 50% - 2,0

S. Dimedroli 1% - 1,0 внутримышечно 2 раза в день

S. Plathyphylini 0,2% - 1,0

S. Glucoasae 5% - 400,0

S. Novacaini 0,25% - 100,0

S. KCl 4% - 10,0 в/в капельно 1 раз в день

S. NaCl 0,9% - 400,0

Старцевой Е.А. показано хирургическое лечение, так как консервативная терапия безуспешна и не эффективна, а также учитывая присоединившееся осложнение в виде холедохолитиаза и механической желтухи, холецистэктомия является единственным способом лечения острого холецистита.

У данной больной планируется лапаротомическая холецистэктомия, с дренированием холедоха, противопоказаний нет.

Для купирования болевого приступа показано назначение ненаркотических анальгетиков и миотропных спазмолитиков:

Sol. Platyphyllini 0,2% - 2,0 в/м, Sol. Baralgini 5,0 в/м

Протокол операции. 28.01.10.

Вид обезболивания – эндотрахеальный наркоз. Произведен параректальный разрез в правом подреберье длиной до 12 см. Желчный пузырь гиперемирован, отечен. Выполнена ретроградная холецистэктомия, пузырный проток пересечен, прошит, перевязан. Дренирование холедоха по Вишневскому.

Показания к дренированию по Вишневскому: Гнойный холангит. Невозможность дренировать через культю пузырного протока. При ятрогенном повреждении холедоха. Камни больших размеров.

Лист назначений: S.Promedoli 2% - 1.0 6 раз, каждые 6 часов.

Стол № 0

Sol. Glucosi 5% - 500,0 ml в/в капельно

Sol. Novocaini 0,25%-100ml, в/в капельно

Sol. Analgini 50%-2,0ml в/мышечно

Sol. Dimedroli 1%-1 ml в/мышечно

Sol. Ceftriaksoni 2g однократно в/м.

**Дневники**

|  |  |
| --- | --- |
| 15.02.10  19е сутки после операции | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 78 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в области п/о раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Повязка чистая, отделяемое из дренажа 300мл, желтого цвета. |
| 17.02.10  21е сутки после операции | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в области п/о раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.  Повязка чистая, отделяемое из дренажа 350мл, желтого цвета. |
| 19.02.10  23е сутки после операции  21.02.10  25е сутки после операции  23.02.10  27е сутки после операции | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в области п/о раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Повязка чистая, отделяемое из дренажа 300мл, желтого цвета.  Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в области п/о раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Повязка чистая, отделяемое из дренажа 300мл, желтого цвета.  Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в области п/о раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Повязка чистая, отделяемое из дренажа 300мл, желтого цвета. |

**Эпикриз**

ФИО. 59 лет, поступила в хирургическое отделение БСМП с жалобами на боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту, потерю аппетита, общую слабость и головную боль. Из anamnesis morbi - больной себя считает с 21.01.10., когда впервые почувствовала боль в эпигастрии и правом подреберье, была тошнота, однократная рвота. Самостоятельно приняла но-шпу. 22.01.10. заметила желтушность кожи и склер. По данным объективного обследования – желтоватый налёт на языке, желтушность кожных покровов и слизистых, при пальпации живота резкая болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера и Кера. Из данных клинического обследования: в общем анализе крови – лейкоцитоз (12,9 х109/л); повышение СОЭ –38 мм/ч, данные УЗИ – картина острого холецистита, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Основываясь на вышеперечисленном был поставлен клинический диагноз: ЖКБ. Острый холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Больной произведена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому. Послеоперационный период – без особенностей. В настоящее время больная продолжает лечение в стационаре.

**Литература**

Хирургические болезни (под реакцией М.И.Кузина). – М.: Медицина, 2003.

Хирургические болезни, Савельев В.С. Геотармед,Москва 2005г

Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1983.

Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: Гэотар, 1999.

Учебно-методическое пособие, Лубянский В.Г. Барнаул, 2005г