## Паспортная часть

**Фамилия**

**Имя**

**Отчество**

**Возраст** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы** \_\_\_\_\_\_\_

**Место**

**жительства**

**Дата**

**поступления** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз направившего учреждения** ЖКБ: Острый холецистит

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

**Клинический диагноз:**

**Основное заболевание** ЖКБ: острый катаральный калькулёзный холецистит.

**Сопутствующее заболевание** нет

**Осложнения** Билиарнозависимый хронический панкреатит, латентная форма, не рецидивирующий.

**Операции:** 10.12.1998 г.- эндоскопическая холецистэктомия

**Вид обезболивания**: ЭТН

## Жалобы при поступлении

При поступлении больная предъявляла жалобы на интенсивные боли в области правого подреберья, постоянные, иррадиирующие в поясничную область, правую лопатку, повышение температуры тела до 37,6оС, тошноту, изжогу, потерю аппетита, общую слабость и головную боль.

## Anamnesis morbi

Считает себя больной с начала ноября 1998 г., когда впервые появились острые, приступообразные боли в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку, тошнота, рвота желчью. Поднималась температура до 38,5оС, была вызвана бригада СМП, которой выполнена инъекция баралгина. В последующие дни боль возобновилась, стала постоянной и больная обратилась в поликлинику ЯШЗ, где был поставлен диагноз: ЖКБ, острый холецистит. Была назначена консервативная терапия на фоне которой боли повторялись. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Состояние больной не улучшалось и по направлению поликлиники ЯШЗ она была направлена для оперативного лечения в хирургическое отделение МСЧ ЯМЗ.

## Anamnesis vitae

ФИО родилась в 1954 году, в семье рабочего. Материально-бытовые условия в детские годы были удовлетворительными.

В школу пошла в возрасте 7 лет, учёба давалась легко.

Окончила 8 классов и в 16 лет устроилась на работу на ЯШЗ, окончив курсы профессиональной подготовки. Всю рабочую жизнь проработала на ЯШЗ. В данное время работает на заводе лифтером.

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. Болезнь Боткина, 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 37,2оС.

**Кожа** бледно-розовая, 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** розового 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, кожа над ними без изменений.

**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 гиперстеническая, эпигастральный угол близок к тупому. 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 видимых изменений не определяется. Пульс на лучевых артериях обеих рук симметричный, ритмичный, умеренного напряжения, хорошего наполнения. Частота пульсовых колебаний - 86 в минуту, дефицита пульса нет. Видимой пульсации сосудов надчревной области нет. Артериальное давление на плечевых артериях обеих рук одинаково и равно 140/90 мм ртутного столба.

**Аускультация сердца:** тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, ЧСС – 86 в минуту, раздвоения, расщепления тонов нет. Патологических ритмов, сердечных шумов и шума трения перикарда не определяется.

**Система органов пищеварения ( Status localis )**

**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. Симптом Кера положительный. 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. Симптом Ортнера положительный.

**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.

**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, безболезненноговалика. Умственное развитие соответствует жизненному опыту и полученному образованию. Сон не нарушен. Зрение и слух сохранены, вкусовые ощущения не нарушены. Чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчива. Фотореакции живые, нистагма нет, конвергенция не нарушена. Пальценосовая проба без патологии. Дермографизм розовый, быстро проявляющийся.

## Предварительный диагноз и его обоснование

На основании:

* жалоб на интенсивные боли в области правого подреберья,

постоянные, иррадиирующие в поясничную область, правую лопатку,

повышение температуры тела до 37,6оС, тошноту, изжогу, потерю

аппетита, общую слабость и головную боль.

* anamnesis morbi - считает себя больной с начала ноября 1998 года, когда появились острые, приступообразные боли в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку, поднялась температура тела до 38,0оС, возникла тошнота, рвота желчью, в последующие дни боли приняли постоянный характер.
* данных объективного обследования – язык обложен желтоватым налетом, живот резко болезненный при пальпации в правом подреберье, симптомы Кера, Ортнера положительные. Печень увеличена, нижний край выступает из- под края реберной дуги на 1,0 см., болезненна.
* ставлю предварительный диагноз:

**Основное заболевание** ЖКБ: острый катаральный калькулёзный холецистит.

**Сопутствующее заболевание** Нет.

**Осложнения** Нет.

## Индивидуальный план обследования

I. Лабораторные методы исследования

1) Клинический анализ крови

2) Кровь на общий белок, трансаминазу, амилазу

3) Кровь на сахар

1. Кровь на остаточный азот, ПТИ
2. Коагулограмма
3. Кровь на печеночные пробы
4. Общий анализ мочи
5. Анализ мочи на белирубин, амилазу
6. Кровь на RW, ВИЧ

II. Инструментальные методы исследования

10) УЗИ органов брюшной полости

11) ЭКГ

12) ФГДС

13) Флюорография

#### Результаты обследования

**1) Общий анализ крови от 1.12.98**

**Эритроциты** 4,4х1012/л

**Гемоглобин** 118г/л

**Цветовой показатель** 1,0

**Лейкоциты** 12,9х109/л **NB!**

**Эозинофилы** 4%

**Нейтрофилы:**

**палочкоядерные** 5%

**сегментоядерные** 75%

**Лимфоциты** 13%

**Моноциты** 6%

**СОЭ** 58 мм/час **NB!**

**2) Кровь на сахар** 4,8 ммоль/л, ПТИ – 92%

**3) Биохимический анализ крови от 1.12.98**

Билирубин:

общий 11,1 мкмоль/л

прямой 1,0 мкмоль/л

непрямой 10,1 мкмоль

**4) Кровь на RW от 3.12.98** – отрицательно.

**5) Общий анализ мочи от 2.12.98**

**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

**Бактерии ++**

**6) УЗИ от 3.12.98**

Печень ЦР – 12,2 см, эхогенность повышена, однородна. Желчный пузырь увеличен 10,0 х 4,4 см, стенки утолщены до 0,7-0,8 см, контур нечеткий, в области дна трехслойность, выпота не выявлено. В полости , в том числе в Гартмоновском кармане множественные не смещаемые мелкие до 0,6-0,7 см. камни, холедох – 0,7 см. Поджелудочная железа не увеличена, однородна, эхоуплотнена, проток в норме. Селезенка в норме.

Заключение: УЗИ-картина острого калькулёзного холецистита в стадии стихания остроты. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.

**7) Электрокардиограмма от 2.12.98**

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений 68 в минуту, ЭОС нормальная (35 град.) PQ – 0,18 с.,QRS – 0,10 c., QT – 0,36 c. Низкоамплитудная кривая. Амплитуда R <= 6,0 мм. Во всех указанных отведениях I, II, III.

**8) Флюорография от октября 1998 г.**

## Клинический диагноз и его обоснование

На основании предварительного диагноза и данных дополнительных методов исследования, данных клинического анализа крови: лейкоцитоз – 12,9 х 109/л, СОЭ – 58 мм/ч, данных УЗИ органов брюшной полости: УЗИ-картина острого калькулёзного холецистита в стадии стихания остроты. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе -

 ставлю клинический диагноз:

**Основное заболевание** ЖКБ: острый катаральный калькулёзный холецистит.

**Сопутствующее заболевание** Нет.

**Осложнения** Билиарнозависимый хронический панкреатит, латентная форма, не рецидивирующий.

**Лечение**

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:**

ФИО, 44 лет показано хирургическое лечение, так как консервативная терапия безуспешна и не эффективна, а также учитывая присоединившееся осложнение в виде билиарнозависимого хронического панкреатита, холецистэктомия является единственным способом лечения калькулёзного холецистита.

У данной больной планируется эндоскопическая холецистэктомия, 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 лапароскопической холецистэктомии.**

10.12.1998 г. Ф.И.О. 44 г.

Длительность – 1 час 15 мин.

Послеоперационный диагноз: Острый калькулезный холецистит.

Доступ: через точки 1,2,3,4 с созданием пневмоперитонеума иглой Вереса параумбиликально ниже.

Диагностика: в брюшной полости выпота нет, брюшина гладкая, блестящая. Печень увеличена, с закругленными краями. Желчный пузырь увеличен, стенка утолщена, гиперемирована, отечна, спаян нежными спайками с 12- перстной кишкой, желудком, в рыхлом инфильтрате. Разъединение спаек. Тракция желчного пузыря за дно и шейку краниально и латерально. Выделение пузырного протока и артерии инструментами (крючок, диссектор). Пузырный проток 4 х4 мм., впадает под острым углом, склерозирован. Клапирован 2 клипсами, из них одна на остающуюся часть. Пересечен ножницами. Пузырная артерия идет слева от пузырного протока, ствол. Клапированы 3 клипсами, из них 2 на остающуюся часть. Пересечена ножницами без особенностей. Желчный пузырь выделен из ложа печени с помощью крючка. Кровотечение из ложа остановлено электрокоагуляцией. При выделении желчный пузырь не вскрыт. Желчный пузырь удален через доступ 2, при этом желчеистечения, выпадения конкрементов не было. Дренаж через доступ 4, подпеченочный.

Макропрепарат – желчь темная, содержит конкременты, множественные мелкие и средние.

## Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.12.98 |  Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Жалобы на боли в области правого подреберья, тупые. Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 170/100 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 76 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.Шума трения плевры нет. Сердце без патологии. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Симптом Ортнера слабо положительный. Печень выступает из под реберной дуги на 1 см., край закруглен, болезненный. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме. | Режим общийСтол № 1 - аSol. Glucosae 5% - 400,0 ml в/в капельноSol. Ac. Ascorbinici 5% - 5 mlSol. Baralgini 5 ml - 3 раза в день в/мSol. Platyphyllini 0,2% 2,0 - в/мSol. Dibazoli 1%-4,0Sol. Papaverini hydrohloridi2%-2,0 в/м Sol. Novocaini 0,25%- 200В/в капельно |
|  11.12.98 |  Первые сутки после операции. Состояние средней тяжести, ночь спала плохо. Жалобы на боли в надключичных областях на высоте вдоха и верхней половине живота ( в области диафрагмы), сухость во рту, слабость, головокружение. Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений.Температура тела 37,4 С. Артериальное давление 140/90 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 88 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Шума трения плевры нет. Сердце без патологии. Язык суховат, обложен желтоватыми пленками. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный. Печеночная тупость сохранена. При аускультации выслушивается вялые кишечные шумы. Мочится самостоятельно. Повязка промокла кровью, по дренажу 50 мл. жидкой крови. | Режим постельныйСтол № 0Sol. Glucosi 5% - 500,0 ml Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 5 mlSol. Insulini 6 ед.Sol. Novocaini 0,25%-100ml, в/в капельноПоляризующая смесь – 100мл. в/в капельноSol. Analgini 50%-2,0mlSol. Dimedroli 1%-1 mlВ/мышечноSol. Gentamicini 80 mg 2 раза в день в/м. |

## Прогноз

Прогноз в отношении жизни при хирургическом лечении благоприятный, т.к. нет угрозы развития осложнений, опасных для жизни.

Прогноз в отношении заболевания благоприятный, т.к. есть уверенность в выздоровлении.

Прогноз в отношении трудоспособности – больная временно нетрудоспособна, после выздоровления сможет вернуться на прежнюю работу.

## Эпикриз

ФИО, 44 лет, поступила в хирургическое отделение МСЧ ЯМЗ с жалобами на интенсивные боли в области правого подреберья, постоянные, иррадиирующие в правую поясничную область и правую лопатку, повышение температуры тела до 37,6оС, тошноту, изжогу, потерю аппетита, общую слабость и головную боль. Из anamnesis morbi - считает себя больной с начала ноября 1998 года, когда появились острые боли в правом подреберье, поднялась температура тела до 38,0оС, возникла тошнота, рвота желчью (боли купированы введением баралгина бригадой СМП). В последующие дни боли приняли постоянный характер. По данным объективного обследования – желтоватый налёт на языке, 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 –58 мм/ч, данные УЗИ – картина острого калькулёзного холецистита в стадии стихания остроты, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Основываясь на вышеперечисленном был поставлен клинический диагноз: основное заболевание – ЖКБ: острый катаральный калькулёзный холецистит; сопутствующее заболевание –нет; осложнения – билиарнозависимый хронический панкреатит, латентная форма, не рецидивирующий. Больной произведена эндоскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период – без особенностей. В настоящее время больная продолжает лечение в стационаре.

**Используемая литература**

1) Сборник трудов кафедры хирургических болезней № 1, л/ф под редакцией профф. Н.У. Усманова «Актуальные вопросы диагностики и лечения холецистита» Душанбе 1986 г.

2) М. М. Ковалев и соавт. “Острый холецистит” Киев, «Здоровье» 1975

3) В.В. Родионов и др. «Калькулезный холецистит» М. Медицина., 1989 г.

4) В. С. Савельев « Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости » М, 1976

1. В.П. Котельников «Острый холецистит» ., журнал «Фельдшер и акушерка» 1988 г. № 6., стр. 21-26
2. О.С. Кочнев «Острый холецистит» Казанский медицинский журнал т.66, № 4., стр. 241-248