**ГБОУ ВПО КрасГМУ**

**им. профессора В.Ф. Войно – Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

**Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО**

**Зав. кафедрой –**

**д.м.н., проф. Черданцев Дмитрий Владимирович**

**Преподаватель –**

**к.м.н., доц. Коваленко Альберт Александрович**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного: Мухомедзянов Андрей Ханифович, 30 лет

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: *Желчно каменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита, 05.10.2016 лапороскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости; распространенный желчный перитонит, интраоперационное повреждение холедоха, 13.10.2016 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, НИИТКа, лапоростома; подпеченочный абцесс*

Сопутствующий : Болезнь Виллебранда

Куратор: студент 620 группы факультета

 Лечебное дело Намазов Г.М

Дата начала курации: 01.11.2016 г

Дата окончания курации: 09.11.2016 г.

КРАСНОЯРСК 2016

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Дата и время поступления: 20.10.2016 г. 23:10
2. Группа крови О (I), резус-фактор - положительный.
3. Побочное действие лекарственных препаратов: нет.
4. Ф.И.О. больного: Мухомедизянов Андрей Ханифович
5. Пол: мужской.
6. Возраст: 30 лет.
7. Профессия и место работы: Не работает.
8. Домашний адрес: г. Назарово.
9. Диагноз при поступлении: ЖКБ, Обострение хронического холецистита. Интраоперационное повреждение холедоха. Желчный распространенный перитонит
10. Клинический диагноз основной: Желчно каменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита
11. Сопутствующие заболевания: Болезнь Виллибранда.
12. Осложнения: распространенный желчный перитонит, интраоперационное повреждение холедоха; подпеченочный абцесс
13. Название операции, дата её производства, продолжительность: 13.10.2016 лапороскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости; 21.10.2016 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, НИИТКа, лапоростома, 24.10.2016 релапаротомия,ушивание несостоятельности швов холедоха, вскрытие подпеченочного абцесса , санация, дренирование брюшной полости

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА МОМЕНТ ОСМОТРА

на слабость, отсутствие аппетита.

ANAMNESIS MORBI (ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВА­НИЯ).

В феврале 2016 года поставлен диагноз ЖКБ , хронический калькулезный холецистит, операцию откладывал. В Октябре приступ печеночной колики – интенсивная боль в правом подреберье, рвота – сам обратился в Назаровскую ЦРБ, где консервативно лечился по поводу обострения калькулезного холецистита. Приступ купировали. Планово была проведена операция 05.10.2016 –лапороскопическая холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Выписан -10.10.2016 в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

13.10.2016г Поступил в Назаровскую ЦРБ с клиникой острого панкреатита (опоясывающая боль, неоднократная рвота). Назначен [октреотид](http://yandex.ru/yandsearch?text=%D0%BE%D0%BA%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B4&clid=1955453&lr=62&noreask=1), инфузия солевые растворами (NаCl 0,9%), а/б терапия.

13.10 – клиника перитонита, на УЗИ 1,5 литра жидкости, при лапароскопии желчное отделяемое во всех этажах брюшной полости. Проведена операция лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, лапоростома, НИИТКа, дренирование брюшной полости – при лапаротомии клиника желчного перитонита , в подпеченочом пространстве желчный фибрин; клипсы на протоке желчного пузыря состоятельны; ниже впадения протока желчного пузыря на стенке холедоха участок некроза стенки холедоха из которого поступает желчь; сделан дренаж холедоха по Холстеду, НИИТКа, санация брюшной полости,дренирование, Лапаростома. В послеоперационный период получал а/б терапию.

15.10 макроскопически положительная динамика, по холедоху отток 100 мл желчи,санация брюшной полости, лапоростома закрыта. перидуарльная анастезия.

17.10 ухудшение самочувствия, гипертермия, по дренажу гнойное отделямое, заторможен и бледен.

20.10 На санавиации переведен в ККБ 1 в отделение гнойной реанимации в связи тяжестью пациента для мониторинга показателей. Электролитные нарушения, нутритивная недостаточность, энтеральная недостаточность. В области швов гнойное отделяемое, повязка в области дренажа холедоха пропитана желчью. Получал Меропинем 1,0, Омепразол 0,04, Фраксипарин 0,3, Amino plasma 15% 500 мл. Сделаны переливания плазмы 1000мл. Глюкоза 5% 500мл, KCL 4% 60мл, MgSO4 25% 5мл.

21.10 Произведена операция релапаротомия, ушивание эвентрации, ушивание несостоятельности швов холедоха, вскрытие подпеченочного абцесса , санация, дренирование брюшной полости – после обработки операционного поля раствор антисептика дважды под наркозом выполнена ревизия брюшной полости. При ревизии большой сальник отечный,с налетом фибрина и бляшками от некрозов. При разделении спаек вскрыт абцесс подпеченного пространства, выделилось до 40мл гноя грязно-серового цвета. Бак. Посев. В области дренажа холедоха в области швов отмечается подтекание желчи в брюшную полость. Выполнено ушивание несостоятельности швов холедоха. Париетальная брюшина правого бокового канала с налетом фибрина и желчной имбибицией. Петли тонкой кишки не увеличены в размерах, перистальтика сохранена. Выполнена ревизия сальниковой сумки, патологического выпота не найдено. Санация брюшной полости. Редренирование брюшной полости трубчатыми дренажами в правом подреберье, подпеченочном пространстве и малом тазу. Брюшная полость ушита через все слои с наложением противоэвентрационных швов, Швы на кожу.

Переведен в гнойную реанимация в связи с тяжелом состоянии в ранний послеоперационный период, тяжесть обусловлена объемом операции, сепсисом, дыхательной и электролитной недостаточностью. Получал инфузию до 2,5 литров в сутки, ципрофлоксацин 0,4\*2, метронидазол 0,5\*3 раза, фраксипарин 0,003, квамател 0,02

22.10 отключен от аппарата ИВЛ, дыхание через естественные пути

25.10 переведен в отделение гнойной хирургии. Получал инфузию до 1,5 литров в сутки, ципрофлоксацин 0,4\*2, метронидазол 0,5\*3 раза, фраксипарин 0,003, квамател 0,02

26.10 По дренажу холедоха до 200мл желчи в сутки. По дренажам в правом подреберья скудное количество желчи, в брюшной полости скудное количество серозное отделяемое.

28.10 Перекрытие дренажа холедоха. Болевого синдрома нет . По дренажам в правом подреберье скудное количество желчи.

**ANAMNESIS VITAE (ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО).**

Родился в г. Назарове вторым по счету ребенком. Рос и раз­вивался соответственно возрасту и полу. Не отмечает перенесенных в детстве заболеваний. Работал слесарем. ВТЭ не отягощена. Туберкулез, онкологические, ве­нерические, наследственные заболевания, гепатит, сахарный диабет у себя и ближайших родственников отрицает. Материально-бытовые ус­ловия удовлетворительные. Живет один. Питание богато жирной и животными белками пищей. Курил до 2015 года индекс пачки/лет 30. Переливаний не было. Операций более не было. Аллергологический анамнез не отягощен. в феврале 2014 года поставлена Болезнь Виллибранда.

**STATUS PRAESENS**

**(ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ).**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ближе к оглушенному. По­ложение активное.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, умеренно влажные. Конъюнктива век розового цвета, склеры белого цвета. Пигментации, кровоподтеков, красноты, сыпи, расчесов, шелушения, сосудистых "звёздочек", телеангиэктазий нет. На передней брюшной стенки послеоперационная рана по белой линии живота длиной в 14 см в стадии заживления после лапоротомии, а также раны после дренировании брюшной полости 2\*0,5см в правой подвздошной, левой подвздошной, левой и правой подреберной области, стоит подпеченочный трубчатый дренаж. Оволосение по мужскому типу. Тургор кожи не снижен. Ногтевые пластинки округлой формы, бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, толщина жирового слоя у пупка составляет 1,0 см, в области угла ло­патки - 0,5 см. Отёков нет.

Мышечная система: Общее развитие мышечной системы удов­летворительное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Уп­лотнений в толще мышц не выявлено. Мышечный тонус сохранен. Мышечная сила верхних и нижних конечностей достаточная.

Костная система: при осмотре костей черепа, грудной клетки, по­звоночника, конечностей, таза деформаций не выявлено. Болезненности при поколачивании и пальпации не отмечается. Конечности одинаковой длины.

Суставная система: при осмотре плечевые, локтевые, лучезапя­стные, тазобедренные, коленные и голеностопные суставы обычной конфигурации, кожные покровы над ними не изменены. При пальпации суставов, их припухлости, деформации, изменений околосуставных тканей не выявлено. Пальпация суставов безболезненная. Объем актив­ных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.

Лимфатическая система: При пальпации определяется подчелюстные лимфатические узлы слева, увеличенные и незначительно болезненные, раз­меромоколо 0,5 см**,** мягко-эластической. консистенции, подвижные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Шейные, надключичные, подмышечные, локте­вые, паховые, бедренные, и подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**Дыхательная система.**

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Вы­делений из носа не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют, обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух не отмечается. Голос громкий, чистый.

Осмотр грудной клетки: Грудная клетка цилиндрической формы. Левая и правая половины грудной клети симметричны, выбуханий и западений нет, ключицы и лопатки расположены на одном уровне. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспо­могательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Над- и подключичные ямки выражены одинаково хорошо с обеих сторон. Ло­патки плотно прилегают к грудной стенке. Эпигастральный угол со­ставляет 90°. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания - 19 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Пальпация грудной клетки: пальпация грудной клетки безболез­ненная. Эластичность грудной клетки удовлетворительная. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IV ребер спереди: при спокойном дыхании - 90 см, на высоте максималь­ного вдоха - 94см, на высоте максимального выдоха - 88 см., макси­мальная дыхательная экскурсия грудной клетки – 6 см.

Перкуссия грудной клетки:

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии в сим­метричных участках грудной клетки отмечается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек |
|  | справа | слева |
| Спереди | 3 см выше уровня ключи­цы | 3 см выше уровня ключи­цы |
| Сзади | На уровне остистого отро­стка VII шейного позвонка. | На уровне остистого от­ростка VII шейного по­звонка. |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические ли­нии | Справа | Слева |
| Окологрудинная Среднеключичная Передняя подмышечная Средняя подмышечная Задняя подмышечная Лопаточная Околопозвоночная | 5 межреберье1. ребро
2. ребро
3. ребро
4. ребро
5. ребро

Остистый отросток1. грудного по­звонка
 | 1. ребро
2. ребро
3. ребро
4. ребро

Остистый отрос­ток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографиче­ская линия | Справа | Слева |
| на вдох | на выд | сумм | на вдох | на выд | сумм |
| Среднеключич­ная | 2 см | 2 см | 4 см | - | - | - |
| Средняя под­мышечная | 3 см | 3 см | 6 см | см | см | см |
| Лопаточная | 2 см | 2 см | 4 см | см | см | см |

Аускультация легких: При аускультации над лёгкими оп­ределяется везикулярное дыхание; Выслушивается мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. Другие побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система.**

Осмотр области сердца и крупных сосудов: При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок не определяется, сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в об­ласти сонных артерий и яремной ямки не визуализируется.

Пальпация сердца и крупных сосудов: Верхушечный тол­чок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, нерезистентный (1 кв. см.). Пульсация в эпигастральной области умеренная.

**Перкуссия сердца:**

Границы относительной тупости сердца.

1. Верхняя - на уровне третьего ребра;
2. Левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье;
3. Правая - 1 см к наружи от правого края грудины в четвёр­том межреберье.

Поперечник относительной сердечной тупости равен 11,5см.

Конфигурация сердца не изменена.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Попереч­ник пучка - 5 см.

Аускультация сердца: тоны сердца ясные. ЧСС-79 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Патологических шумов не выслушивается. Шум трения плевры и перикарда отсутствует.

Исследование сосудов: пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных и задних большеберцовых ар­терий сохранена. При пальпации стенки мягкие и эластичные.

Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях - 79 ударов в минуту, ритмичный, правильный, твёрдый, удовлетворитель­ного наполнения и напряжения. Дефицит пульса отсутствует.

АД на левой верхней конечности - 130/70 мм.рт.ст., на правой верхней конечности - 130/70 мм.рт.ст.

При аускультации сонных, бедренных артерий и брюшной аорты шумы не выслушиваются.

При осмотре вен нижних конечностей их патологических измене­ний не выявлено. При пальпации по ходу подкожных вен уплотнений нет. Пальпация их безболезненная. Венозный рисунок не изменен.

**Система органов пищеварения.**

Аппетит снижен. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регу­лярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета. Отхождение газов свободное, уме­ренное.

Осмотр полости рта: запах изо рта отсутствует. При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет.

При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних по­верхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высы­пания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Язык обычной величины и формы, расположен по средней ли­нии, розовой окраски, влажный с желтоватым налетом. Нитевидные грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, слизистая из розового цвета, налетов и гнойных пробок нет. Слизистая оболочка глотки розового цвета.

Осмотр живота: При осмотре живот округлой формы, сим­метричный, не вздут. Не участвует в акте дыхания. Видимой пери­стальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается.

Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых вы­пячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой об­ласти при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Диа­стаза прямых мышц живота нет. На передней брюшной стенки послеоперационная рана по белой линии живота длиной в 14 см в стадии заживления после лапоротомии, а также раны после дренировании брюшной полости 2\*0,5см в правой подвздошной, левой подвздошной, левой и правой подреберной области, стоит подпеченочный трубчатый дренаж

Окружность живота на уровне пупка: 78 см.

Ориентировочная перкуссия живота: при перкуссии живота отмечается тимпанит. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена.

Ориентировочная поверхностная пальпация живота: живот мягкий. При исследовании ’’слабых мест” паховых, пупочных, бедренных, поясничных, послеоперационных грыжевых выпячива­ний не отмечается. Защитного напряжения передней брюшной стенки не выявляется.

 Защитного напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Симптомы Кохера, Воскресенцокого, Ситковского, Крымова, Раздольского, Бартомье, Образцова, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Глубокая пальпация живота не возможна из-за послеоперационных ран.

Аускультация живота: выслушиваются характерные перистальтические кишечные шумы. Патологических кишечных шумов нет.

Печень и желчный пузырь:

Размеры печени по Курлову:

по правой окологрудинной линии -11 см;

 по правой среднеключичной линии - 9 см;

по левой реберной дуге - 8 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Грекова-Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

Поджелудочная железа: Опухолевидных образований в области поджелудочной железы нет. Симптомы Мондора, Грея-Тернера, Грюнвальда, Воскресенского, Мейо-Робсона и триады Мондора отрицательны.

Селезенка: При пальпации селезенка не определяется. При топо­графической перкуссии селезенка занимает область 9, 10 ребер. Длинник селезенки составляет 6 см, поперечник - 4 см.

**Мочевыделительная система.**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-7 раз в день. При­пухлостей в поясничных областях нет. Симптом XII ребра отрицатель­ный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация их безболез­ненная. Болезненности по ходу мочеточников нет. При перкуссии моче­вой пузырь не выступает над лонным сочленением. Дизурических рас­стройств нет.

**Нервно-психический статус.**

Сознание ясное. Больной правильно ориентирована во времени пространстве и собственной личности. Общительна, адекватна, охотно идет на контакт. Уровень интеллекта средний. Речь не нарушена, диз­артрии и заикания нет. Нарушений болевой, температурной и тактиль­ной чувствительности нет. Парезов, параличей и фибриллярных подер­гиваний нет. Острота зрения и слуха не снижена. Обоняние не наруше­но. Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Бабинского и Россолимо отрицательные. Нарушений походки нет. В позе Ромберга с от­крытыми и закрытыми глазами устойчив. Головных болей, головокру­жений и обмороков нет. Сон глубокий, ровный. Засыпает быстро. Само­чувствие после пробуждения удовлетворительное.

**Status localis:**

Аппетит снижен. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регу­лярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета. Отхождение газов свободное, уме­ренное.

Осмотр полости рта: запах изо рта отсутствует. При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет.При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних по­верхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высы­пания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Язык обычной величины и формы, расположен по средней ли­нии, розовой окраски, влажный с желтоватым налетом. Нитевидные грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, слизистая из розового цвета, налетов и гнойных пробок нет. Слизистая оболочка глотки розового цвета.

Осмотр живота: При осмотре живот округлой формы, сим­метричный, не вздут. Не участвует в акте дыхания. Видимой пери­стальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается.

Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых вы­пячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой об­ласти при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Диа­стаза прямых мышц живота нет. На передней брюшной стенки послеоперационная рана по белой линии живота длиной в 14 см в стадии заживления после лапоротомии, а также раны после дренировании брюшной полости 2\*0,5см в правой подвздошной, левой подвздошной, левой и правой подреберной области, стоит подпеченочный трубчатый дренаж

Ориентировочная перкуссия живота: при перкуссии живота отмечается тимпанит. Свободная жидкость в брюшной полости не орпеделяется. Печеночная тупость сохранена.

Ориентировочная поверхностная пальпация живота: живот мягкий. При исследовании ’’слабых мест” паховых, пупочных, бедпенных, поясничных, послеоперационных грыжевых выпячива­ний не отмечается. Защитного напряжения передней брюшной стенки не выявляется.

 Защитного напряжения мышц передней брюшной стенки нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптомы Кохера, Воскресенцокого, Ситковского, Крымова, Раздольского, Бартомье, Образцова, Коула отрицательные.

Глубокая пальпация живота не возможна!

Аускультация живота: выслушиваются характерные перистальтические кишечные шумы. Патологических кишечных шумов нет.

Печень и желчный пузырь:

Размеры печени по Курлову:

по правой окологрудинной линии -10 см;

 по правой среднеключичной линии - 9 см;

по левой реберной дуге - 8 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Грекова-Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

Поджелудочная железа: Опухолевидных образований в области поджелудочной железы нет. Симптомы Мондора, Грея-Тернера, Грюнвальда, Воскресенского, Мейо-Робсона и триады Мондора отрицательны.

Селезенка: При пальпации селезенка не определяется. При топо­графической перкуссии селезенка занимает область 9, 10 ребер. Длинник селезенки составляет 6 см, поперечник - 4 см.

Per rectum: Тонус сфинктера сохранен, ампула свободная. Нависания, болезненности стенок кишки не определяется. Патологические образования достижимые пальцем не определяются. На перчатке следы кала обычного цвета.

**Инструментальное обследование.**

 УЗИ

19.10 в брюшной полости жидкость в небольшой количестве в нижних отделах живота межпетельно толщиной 0,5-0,7 см, в плевральной полоти справа жидкость 150 см3.

21.10 в подпеченочном пространстве небольшое количество жидкости 2,3\*1 , холедох не расширен, перистальтика активная.

27.10 паранефрально скопление жидкости 3.2\*1.2, жидкость в плевральной полости справа. Вялая перистальтика кишечника, расширение петель кишечника до 5,5 см.

29.10 паранефрально скопление жидкости 2.8\*1.3

31.10 межпетельно в малом тазу жидкость 0,7см, у нижнего края правой доли печени 0,3, подпеченочно 0,4см, холедох фрагментирован, ширина 0,6см

Ренгенологическое исследование

19.10- легочный рисунок усилен, на фистулограмме крупные печеночные протоки, холедох, котраст в ДПК не поступает, частично оттекает наружу вдоль дренажной трубки.

 24.10 в легких жидкость не определяется, легкие расправлена, тени ателектаза в нижних отделах, усиление легочного рисунка и его деформация .

26.10 на фистулограмме сужение дистальных отделов общего желчного протока до 0,5, обильное поступление контраста в проекцию фатерового соска вдоль дренажа по свищевому ходу на кожу.

**Лабораторное обследование.**

РАК –

13.10 Hв 147 г/л (130-160), СОЭ 23 мм/ч (0-10), лейкоциты 13,7 \*109 (4-9)

18.10 Нв 114 г/л, СОЭ 60 мм/ч, лейкоциты 13,8 \*109

20.10 Эритроциты 3,53 \* 1012, Нв 115 г/л, Ht 32% (40-48), лимфоциты 13% (19-37%), гранулоциты 83%(47-72%), лейкоциты 9,9

28.10 Эритроциты 3,32\* 1012, Нв 112 г/л, Ht 30,1%, лимфоциты 12,1% (19-37%), гранулоциты 83,1%(47-72%), лейкоциты 7,7\*109

31.10 Эритроциты 3,57\* 1012, Нв 116 г/л, Нt 31,8%, Гранулоциты 73,20%, лейкоциты 7,2\*109

Б/х крови –

13.10 диастаза 11,билирубин общий 11.

18.10 белок 52г/л (66-87), билирубин общий 32,2 мкмоль/л (1,7-20), мочевина 4,4 ммоль/л (1,7-8,7) , Калий 5,5 ммоль/л (3,5-5,1), натрий 135 ммоль/л (136-146)

20.10 белок 46,6 г/л, билирубин общий 34,5 мкмоль/л, билирубин прямой 11,8 мкмоль/л (0-4,6), калий 3,19 ммоль/л , натрий 134 ммоль/л (136-146)

28.10 белок 50,6, креатитин 69, АСТ 39,1 Ед/л (0-35) , мочевина 4 (1,7-8,3), билирубин обший 35,2, билирубин прямой 11,8, натрий 130 ммоль/л (136-146); Хлор 97 мкмоль/л (98-106);

31.10 белок 51,5 г/л , натрий 130 ммоль/л (136-146),креатинин 64 (72-127)

**Диагноз и его обоснование.**

На основании *жалоб больного* на слабость и потерю аппетита

*анамнеза заболевания* – 2 года страдал ЖКБ, операцию откладывал. В феврале приступ печеночной колики. Приступ купировали. Планово операция 05.10.2016 –лапороскопическая холецистоэктомия, дренирование брюшной полости. 13.10 клиника острого панкреатита (опоясывающая боль, неоднократная рвота). 13.10 – клиника перитонита, операция лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, НИИТКа, лапоростома – при лапаротомии клиника желчного перитонита , в подпеченочом пространстве желчный фибрин; клипсы на протоке желчного пузыря состоятельны; ниже впадения протока желчного пузыря на стенке холедоха участок некроза стенки холедоха из которого поступает желчь; сделан дренаж холедоха по Холстеду, НИИТКа, санация брюшной полости,дренирование, Лапаростома.17.10 ухудшение самочувствия, гипертермия, по дренажу гнойное отделямое, заторможен и бледен. 21.10 операция релапаротомия, ушивание эвентрации, ушивание несостоятельности швов холедоха, вскрытие подпеченочного абцесса , санация, дренирование брюшной полости.

 *анамнеза жизни* - Питание богато жирной и животными белками пищей. Курил до 2015 года индекс пачки/лет 30.

 *объективного статуса -* ЧСС 79 , АД 130/70, температура 36,8, дыхание проводится по всем легочным полям, ясный легочный звук, слышны мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, живот мягкий безболезненный

 *локального статуса* - Язык влажный, чистый. Живот симметричен, неучаствует в акте дыхания.Пальпация. При поверхностной пальпации живота болезненности нет. Опухолевых образований, грыж, симптома Щёткина-Блюмберга не обнаружено. Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову на данный момент не возможна. Размеры печени по Курлову: по среднеключичной линии – 10 см.; по передней срединой линии – 9 см.; по рёберной дуге – 8 см. При перкуссии свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости нет. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Грекова-Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

 *инструментального обследования* - УЗИ 19.10 в брюшной полости жидкость в небольшой количестве в нижних отделах живота межпетельно толщиной 0,5-0,7 см, в плевральной полоти справа жидкость 150 см3.

Ренгенологическое исследование 19.10- легочный рисунок усилен, на фистулограмме крупные печеночные протои, холедох, котраст в ДПК не поступает, частично оттекает наружу вдоль дренажной трубки. 26.10 на фистулограмме сужение дистальных отделов общего жлечного протока до 0,5, обильное поступление контраста в проекцию фатерового соска вдоль

*лабораторного исследование -* РАК13.10 Нв 114 г/л, СОЭ 60 мм/ч, лейкоциты 13,8 \*109. Б/х крови 16.10 белок 46,6 г/л, билирубин общий 34,5 мкмоль/л, билирубин прямой 11,8 мкмоль/л (0-4,6), калий 3,19 ммоль/л , натрий 134 ммоль/л (136-146)

 можно поставить диагноз основной: Желчно каменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита, 05.10.2016 лапороскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости; распространенный желчный перитонит, интраоперационное повреждение холедоха, 13.10.2016 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, лапоростома, НИИТКа; эвентрация петель тонкого кишечника , подпеченочный абцесс

Сопутствующее Болезнь Виллибранда

**Дифференциальный диагноз:**

Обострение хронического холецистита, Перитонит и Инфаркт миокарда.

 Боль при абдоминальной форме ИМ локализуется на передней брюшной стенке , часто без четкой локализации. У больного существует ИБС, ГБ, особенности питания как фактор риска. При этом отмечается отсутствие связи болей с физической и эмоциональной нагрузкой, а также предшествующего тромботического анамнеза, отсутствие ишемических изменений на ЭКГ Это все позволяют исключить стенокардию и острый инфаркт миокарда.

Обострение хронического холецистита и Нижнедолевая пневмония. У больных может проявляться болью в верхней половине живота, болезненностью при пальпации, напряжением мышц брюшной стенки, что может симулировать как перитонит так и холецистит. У больных усиление боли отмечается, как правило, только при поверхностной пальпации, глубокая же пальпация бывает легко осуществимой. При аускультации легких отмечается отчетливые хрипы и ослабленное везикулярное дыхание чего нет при холецистите. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси будут отрицательные. Отсутствие инфильтрации легочной ткани по данным рентгенологического исследования также исключает правостороннюю нижнедолевую пневмонию.

Обострение хронического холецистита и язвенной болезни.

При обострении язвенной болезни при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, правом верхнем квадранте живота, данные симптомы характерны как для язвенной болезни, так и холецистита. При язвенной болезни, характерен ежедневный суточный ритм болей, возникающих натощак и стихающих или уменьшающихся после приема пищи, наличие ночных болей в эпигастральной области. Что не соответствует клинической картине острого калькулезного холецистита, так как при этом заболевании приступ провоцирует прием жирной пищи, не характерен суточный ритм болей, прием пищи при остром холецистите не облегчает болевого синдрома, а также не характерны ночные голодные боли. Для больных язвенной болезнью характерен язвенный или желудочный анамнез, чего нет при остром холецистите, также у данной больной ранее жалоб на болезненность в эпигастральной области, наличия голодных болей, суточного ритма болей, облегчающихся при приеме пищи не было. При остром холецистите положительны симптомы: Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Кера, Боаса, при обострении язвенной болезни данные симптомы отрицательны. В случае язвенной болезни – при ФГДС обнаруживают: язвенный дефект, рубцовые изменения, стеноз, у данной пациентки при данном исследовании изменений характерных для язвенной болезни не обнаружено. Проведенная дифференциальная диагностика исключает диагноз язвенной болезни.

Обострение хронического холецистита и острого панкреатита.

При остром панкреатите - боли локализуются в эпигастральной области, левом подреберье, интенсивные и иррадиируют в позвоночник, носят опоясывающий характер. Острый панкреатит провоцируется приема пищи или алкоголя. При пальпации живота, при остром панкреатите, обычно выявляют его вздутие, болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. При поражении головки поджелудочной железы локальная пальпаторная болезненность отмечается в точке Дежардена или в зоне Шоффара. Нередко выявляется болезненная точка в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Иногда определяется зона кожной гиперестезии соответственно зоне иннервации 8-10 грудного сегмента слева (симптом Кача) и некоторая атрофия подкожно-жирового слоя в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку (признак Грота). Боли при хроническом холецистите также носят тупой характер, провоцируются приемом пищи, в частности жирной, но не иррадиируют в позвоночный столб, не имеют опоясывающего характера и локализуются в эпигастрии и правом подреберье, также не характерны симптомы, перечисленные для острого панкреатита, а характерны симптомы острого холецистита: Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Кера, Боаса. Также в диагностики нам помогут лабораторные исследования: биохимический анализ крови на амилазу, липазу, данные ферменты повышены при остром панкреатите, что не характерно для острого калькулезного холецистита. Проведенная дифференциальная диагностика позволяет исключить диагноз острого панкреатита.

Перитонит от псевдоперитониального синдрома.

Псевдоабдоминальный синдром — комплекс симптомов, симулирующих клиническую картину [острого живота](http://www.medical-enc.ru/14/ostr_zhivot.shtml), вызванных не заболеваниями органов брюшной полости, а патологическими изменениями в органах, расположенных вне ее пределов. Псевдоабдоминальный синдром чаще всего наблюдается при воспалении легких, поражении [плевры](http://www.medical-enc.ru/15/pleura.shtml) и диафрагмы, инфаркте Миокарда, переломах ребер и грудины, что объясняется общностью иннервации грудной клетки, брюшной полости и стенки живота. Псевдоабдоминальный синдром отмечается также при повреждениях и заболеваниях [позвоночника](http://www.medical-enc.ru/15/pozvonochnik.shtml), таза, [сухотке спинного мозга](http://www.medical-enc.ru/17/spinnaya-suhotka.shtml), забрюшинных кровоизлияниях, [ревматизме](http://www.medical-enc.ru/16/revmatizm.shtml) и др. При псевдоабдоминальном синдроме даже в случае ригидности мышц брюшной стенки не отмечается доскообразной плотности и выраженных симптомов раздражения брюшины.

**Показание к операции:** Наличие клиники некупированного распространенного перитонита с гнойно-желчного отделимым из брюшной полости, наличия по данным узи подпеченочного абсцесса, а также снижение сознания, является показанием к экстренному оперативному вмешательству. Операция будет выполняться под комбинированным общим наркозом. Согласие от родственников получено.

**Протокол операции:**

**21.10.16 г. 10.20-14.30**

**Операция:** релапаротомия, ушивание несостоятельности швов холедоха, вскрытие подпеченочного абцесса , санация, дренирование брюшной полости

После обработки операционного поля раствор антисептика дважды под наркозом выполнена ревизия брюшной полости. При ревизии большой сальник отечный, с налетом фибрина и бляшками от некрозов. При разделении спаек вскрыт абцесс подпеченного пространства, выделилось до 40мл гноя грязно-серового цвета. Бак. Посев. В области дренажа холедоха в области швов отмечается подтекание желчи в брюшную полость. Выполнено ушивание несостоятельности швов холедоха. Париетальная брюшина правого бокового канала с налетом фибрина и желчной имбибицией. Петли тонкой кишки не увеличены в размерах, перистальтика сохранена. Выполнена ревизия сальниковой сумки, патологического выпота не найдено. Санация брюшной полости. Редренирование брюшной полости трубчатыми дренажами в правом подреберье, подпеченочном пространстве и малом тазу. Брюшная полость ушита через все слои с наложением противоэвентрационных швов, Швы на кожу.

**Клинический диагноз:** Желчно каменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита, 05.10.2016 лапороскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости; распространенный желчный перитонит, интраоперационное повреждение холедоха, 13.10..2016 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, лапоростома, НИИТКа, подпеченочный абцесс

Оператор:Китаев Д.М.

Ассистент: Тепляков Е.Ю.

Опер. Сестра: Инслетьива И.Е.

**План лечения больного:**

1. Общий режим,
2. Стол №5,
3. Детоксикационная терапия

Sol.Sterofundini 500ml

в/в 1р/день

Sol Glucosae 5% 200мл

Sol.KCI 4% -30 ml

Sol.MgSo4 -5 ml

Insulini 6 EД

1р/день в/в капельно,

1. Антимикробная терапия

Sol. Bacperazoni 2.0

Sol.NaCI 0,9% -200 ml

в/в капельно 3 р/день,

1. Противоспалительная и обезболивающая терапия

Tab. Ketoprofeni 0.1

в/м 2р/день,

1. Антикоагулянты

Sol.Fraxiparini 0,3ml

П/к 1 р/д

1 р/день,

1. Ингибитор протоновой помпы

Sol. Quamatel 0.02

 Sol.NaCI 0,9%-20 ml

В/в 2 р/д

1. Ежедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%)

**Дневник курации:**

|  |  |
| --- | --- |
| 01.11.16г. Общая слабость, потеря аппетита. Речь заторможенаТемпература тела 37,1 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, имеются мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 78 уд.в мин., АД 130\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязки пропитаны серозным отделяемым. По подпеченочному дренажу желчное отедяемое 50 мл. Послеоперационные раны без гиперемии .Слегка отечны. | Общий режим, Стол №5, Sol.Sterofundini 500ml в/в кап 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл Sol.KCI 4% -30 mlSol.MgSo4 -5 mlInsulini 6 EД1р/день в/в капельно, Sol. Bacperazoni 2.0Sol.NaCI 0,9% -200 ml в/в капельно 3 р/день, Tab. Ketoprofeni 0.1в/м 2р/день, Sol.Fraxiparini 0,3mlП/к 1 р/дSol. Quamatel 0.02 Sol.NaCI 0,9%-20 ml В/в 2 р/дЕжедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%) |
| 02.11.16г. Общая слабость. Речь заторможена. Аппетит повысился.Температура тела 36,8 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, имеются мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 74 уд.в мин., АД 120\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязки пропитаны серозным отделяемым. По подпеченочному дренажу желчное отедяемое 40мл. Послеоперационные раны без гиперемии и отека. | Общий режим, Стол №5, Sol.Sterofundini 500ml в/в кап 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл Sol.KCI 4% -30 mlSol.MgSo4 -5 mlInsulini 6 EД1р/день в/в капельно, Sol. Bacperazoni 2.0Sol.NaCI 0,9% -200 ml в/в капельно 3 р/день, Tab. Ketoprofeni 0.1в/м 2р/день, Sol.Fraxiparini 0,3mlП/к 1 р/дSol. Quamatel 0.02 Sol.NaCI 0,9%-20 ml В/в 2 р/дЕжедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%) |
| 3.11.16 Уменьшение слабости в теле. Речь более не заторможенаТемпература тела 36,7 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, имеются мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 72 уд.в мин., АД 110\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязка в области дренажа пропитана желчным отделяемым. По подпеченочному дренажу желчное отедяемое 20мл. Послеоперационные раны без гиперемии и отека. | Общий режим, Стол №5, Sol.Sterofundini 500ml в/в кап 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл Sol.KCI 4% -30 mlSol.MgSo4 -5 mlInsulini 6 EД1р/день в/в капельно, Sol. Bacperazoni 2.0Sol.NaCI 0,9% -200 ml в/в капельно 3 р/день, Tab. Ketoprofeni 0.1в/м 2р/день, Sol.Fraxiparini 0,3mlП/к 1 р/дSol. Quamatel 0.02 Sol.NaCI 0,9%-20 ml В/в 2 р/дЕжедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%) |
| 7.11.16 Уменьшение слабости в теле. Температура тела 36,7 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, имеются мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 72 уд.в мин., АД 110\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязки сухие. По подпеченочному дренажу скудное желчное отедяемое 10мл. Послеоперационные раны без гиперемии и отека. | Общий режим, Стол №5, Sol. Sterofundini 500ml в/в 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл 1р/день, Sol. Ceporini 1.0 в/в 3 р/день, Tab. Aspirini 0.1 1 р/день, Sol. Quamatel 0.02 в/вЕжедневные перевязки с антисептиками (спирт 40%) |
| 08.11.16 Без жалобТемпература тела 36,6 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 77 уд.в мин., АД 120\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязки сухие. По подпеченочному дренажу скудное желчное отедяемое. Послеоперационные раны без гиперемии и отека. | Общий режим, Стол №5, Sol.Sterofundini 500ml в/в кап 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл Sol.KCI 4% -30 mlSol.MgSo4 -5 mlInsulini 6 EД1р/день в/в капельно, Sol. Bacperazoni 2.0Sol.NaCI 0,9% -200 ml в/в капельно 3 р/день, Tab. Ketoprofeni 0.1в/м 2р/день, Sol.Fraxiparini 0,3mlП/к 1 р/дSol. Quamatel 0.02 Sol.NaCI 0,9%-20 ml В/в 2 р/дЕжедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%) Дренаж убрать. |
| 09.11.16 Без жалобТемпература тела 36,7 С.Объективно: Положение активное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 76 уд.в мин., АД 120\70мм.рт.ст. Локально: Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул есть. Повязки сухие. Послеоперационные раны без гиперемии и отека. | Общий режим, Стол №5, Sol.Sterofundini 500ml в/в кап 1р/деньSol Glucosae 5% 200мл Sol.KCI 4% -30 mlSol.MgSo4 -5 mlInsulini 6 EД1р/день в/в капельно, Sol. Bacperazoni 2.0Sol.NaCI 0,9% -200 ml в/в капельно 3 р/день, Tab. Ketoprofeni 0.1в/м 2р/день, Sol.Fraxiparini 0,3mlП/к 1 р/дSol. Quamatel 0.02 Sol.NaCI 0,9%-20 ml В/в 2 р/дЕжедневные перевязки с антисептиками (Водный раствор хлоргексидина 0,02%) |

Выписной эпикриз:

Больной Грачов Н.П., 66 лет, находится на стационарном лечении в хирургическом гнойном отделении в ККБ №1 г.Красноярск с 11.03.15 г. с диагнозом Желчно каменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита, 17.02.2015 лапороскопическая холецистоэктомия, дренирование брюшной полости; распространенный желчный перитонит, интраоперационное повреждение холедоха, 05.02.2015 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости, лапоростома, НИИТКа; эвентрация петель тонкого кишечника , подпеченочный абцесс. Сопутствующий : ИБС, стабильная стенокардия 2 ф.к., СН 1 ст (1ф.к. по HYHA); язва луковицы ДПК , ФОРЕСТ 3, Эрозивный антральный гастрит, эзофагит 2 ст., двухсторонний бронхит с умеренной гипертрофией.

 Были сделаны операции 17.02.2015 лапороскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости; 05.02.2015 лапаротомия, дренаж по холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости , НИИТКа, лапоростома; операция 15.03 релапаротомия, ушивание эвентрации, ушивание несостоятельности швов холедоха, вскрытие подпеченочного абцесса, санация и дренирование брюшной полости;

 В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную, противовоспалительную терапию, пере­вязки, на фоне которых произошло полное клинического выздоровление– исчезновение жалоб и симптомов перитонита, нормализация показателей на дополнительных методов обследовании, а также: заживление раны , без отека , гиперемии, болезненности при пальпации. Далее направлен на амбулаторное лечение, осмотр хирургом раз в 3 дня. Прогноз для жизни и работоспособности благоприятный. Рекомендации Tab. Aspirini 0.1 1 р/день, Sol. Quamatel 0.02 в/в Ежедневные перевязки с антисептиками (спирт 40%) Tab. Enaloprili 0.02 2 р/день по 1т Tab. Bisoprololi 0.01 1 раз в день по 1т , Tab. Rozuvastatini 0.01 По 1т 1 р/день. Также показано ношение бондажа на живот физиолечение: Магнитотерапия, УЗИ, Лазеротерапия, Электросон для улучшения микроцируляции , трофики и насыщения тканей кислородом , повышение защитных сил организма (стимулирование иммунитета), уплотнение и реорганизации рубцов для профилактика послеоперационных грыж, повышение психологического настроя. В последующем больному показано изменение образа жизни – это повышение допустимых нагрузок, лечебная физкультура, изменение диеты – отказ от мучных, жирных, острых продуктов, употребление пищи богатой клетчаткой.