Красноярский Государственный Медицинский Университет

Кафедра хирургических болезней №2

им. проф. А.М.Дыхно

**История болезни**

Основной диагноз: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.

Осложнение основного диагноза: Вирсунгоэктазия. Псевдокиста головки поджелудочной железы, со сдавлением холедоха. Механическая желтуха.

Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести.

Осложнение сопутствующего диагноза: Стадия декомпенсации.

Куратор: Романова София

Студентка 426 группы
Лечебный факультет

Дата заполнения: 14.02.2020

Ф.И.О. ассистента: Коваленко. А.А.

Дата проверки: 29.02.2020

Количество баллов:
Подпись ассистента:

Красноярск 2020

**Паспортные данные**

1. ФИО: Федин Вадим Викторович
2. Дата рождения: 16.10.1965 (54 года) пол: мужской
3. Дата поступления: 11.02.2020
4. Доставлен в стационар: самостоятельно
5. Диагноз при поступлении: Механическая желтуха. Псевдокиста головки поджелудочной железы, со сдавлением холедоха.
6. Диагноз клинический:
Основной диагноз: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.
Осложнение основного диагноза: Вирсунгоэктазия. Псевдокиста головки поджелудочной железы, со сдавлением холедоха. Механическая желтуха. Печеночно-клеточная недостаточность.
Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести.
Осложнение сопутствующего диагноза: Стадия декомпенсации.
7. Дата и название операции: 13.02.2020 ЭРХПГ. Атипичная ЭПСТ. Биллиарное эндопротезирование.

**Жалобы при поступлении:** Чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, умеренные боли в верхних отделах живота.

**Anamnes Morbi:**

Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Болеет около 3 месяцев, когда появилась желтушность склер, отеки голеней, слабость. Похудел на 10 кг. Ранее никогда не желтел. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал фосфоглив, панкреатин, лечился народными средствами, без существенного эффекта. С 16.01.2020 по 22.01.2020 лечился в хирургическом отделении Минунсинской МБ с диагнозом: Киста головки поджелудочной железы. Обострение хронического калькулезного панкреатита. Механическая желтуха. Рефлюкс гастрит. ГЭРБ. Обостренный дуоденит. Хронический вирусный гепатит С. Сахарный диабет 2 типа. Данный диагноз подтвержден исследованиями Минусинской РБ:
ФГДС 17.01.2020 г. Диффузный рефлюксный гастрит. ГЭРБ дуоденит.
УЗИ брюшной полости (17.01.2020) обнаружено образование головки поджелудочной железы 73\*69\*73мм. Конкремент в дистальных отделах поджелудочной железы.
МСКТА (17.01.2020) выполнена не полностью: биллиарная гиперстензия. Множественный кальцинат поджелудочной железы. Образование головки поджелудочной железы 58\*61мм
Была проведена консервативная терапия (выписка на руках), после чего желтушность кожных покровов уменьшилась, 22.01.2020 был выписан и направлен к гепатологу и ККБ.
УЗИ ККБ (11.02.2020) Внутрипеченочные желчные протоки: - сегментарные до 7 мм, долевые до 12 мм, долевые до 12 мм, главные до 12-16 мм.
Размеры желчного пузыря увеличены – 62х107 мм, с перегибом в области шейки, стенка – не утолещена, рентген –позитивных конкрементов нет.
Холедох сдавлен крупными жидкостным образованием головки поджелужочной железы. – 64х65х68 мм. Вокруг образования видны множественные кальцинаты, которые так же распространяются на всю ткань, поджелудочной железы.
Направлен в стационар ККБ для дальнейшего обследования, наблюдения и лечения.

**Anamnesis Vitae:**
Туберкулез– отрицает, заболевание почек– отрицает, венерические заболевания– отрицает, ВИЧ – отрицает; бронхиальную астму – отрицает; инфаркты и инсульты – отрицает;
Из перенесенных заболеваний отмечает: гепатит «А» в детстве.
Сахарный диабет 2 типа с 2013 года. (принимает инсулин)
Язвенная болезнь желудка с 2011 года.
Перенесенные операции: Лапоротомия по поводу язвенной болезни желудка (2011 г.)
Вредные привычки: До периода желтушности кожных покровов, злоупотреблял алкоголем. Не курит.

Наследственный анамнез: отец страдал циррозом печени
**Аллергологический анамнез** не отягощен

**Анамнез ВТЭ** не работает. В больничном листе не нуждается.

**Семейный анамнез** не женат. Детей нет.

**Данные объективного обследования (Status praesens):**

Общие данные: состояние средней степени тяжести. Положение активное. Телосложение астеническое. Вес: 56кг. Рост: 170см. Температура тела: 36,6 С. Кожные покровы желтушные. Видимые слизистые светло-желтого цвета.. Подкожно-жировая клетчатка развита плохо. Шейные, подчелюстные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме.
Психический статус: сознание ясное, речь не нарушена.

Нервный статус: поверхностные и глубокие рефлексы сохранены. Мышечный тонус в норме. Дермографизм, нистагм отсутствуют. В позе Ромберга устойчива.

Эндокринная система: щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется. Молочные железы нормального развития, мягкие, безболезненные.Дыхательная система: ЧДД=16 в мин., ритмичное. Грудная клетка правильной формы. При пальпации – межреберные промежутки безболезненные. Грудная стенка эластична. Голосовое дрожание над всеми полями легочной ткани - без патологии. При перкуссии – по всем легочным полям ясный легочный звук. При аускультации – дыхание жесткое, проводится над всеми легочными полями.
Сердечно-сосудистая система:

ЧСС =74 уд/мин., пульс=74 уд/мин., АД=130/90 мм рт. ст. При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется. При пальпации области сердца: верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Дрожания в области сердца не выявлено.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 1 см к наружи от правого края грудины в четвёртом межреберье

Левая – в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя – на уровне третьего ребра по окологрудинной линии

Поперечник относительной сердечной тупости равен 12 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник пучка – 5см.
 При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, шум трения перикарда отсутствует.

Исследование сосудов - пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных и задних большеберцовых артерий сохранена. Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях – 74 ударов в минуту, ритмичный, правильный. При аускультации сонных, бедренных артерий и брюшной аорты шумы не выслушиваются.
Мочеполовые органы: почки не пальпируются, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено.

**Status localis:**

Система пищеварения

1. Полость рта: губы сухие, бледные. переход в слизистую часть губы выражен, кариозные изменения зубов. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.
2. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, не вздут брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Имеются послеоперационные рубцы по средней линии живота, от мечевидного отростка до пупка, по поводу язвенной болезни желудка (лапоротомия в 2011г.), в удовлетворительном состоянии, без признаков воспаления.
Пальпация:
При поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается напряжение мышц в области эпигастрия. Симптом Керте (резистентность мышц и болезненность в области проекции поджелудочной железы), Мейо-Робсона (пальпация в левом реберно-позвоночном углу - проекция хвоста поджелудочной железы) отрицательные. Перитонеальные симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отрицательные. Грыж белой линии живота, расхождения прямых мышц живота, опухолей не обнаружено.
При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого цилиндра, безболезненна, не урчит при пальпации, размером 2 см в диаметре, подвижна. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, безболезненного, урчащего при надавливании, умеренно подвижного. Червеобразный отросток, восходящий, нисходящий и поперечный отдел ободочной кишки не пальпируются. Нижняя граница желудка определяется методом аускультаторной аффрикции на 4 см выше пупка. Малая кривизна и привратник не пальпируются.
При перкуссии над всей областью живота выслушивается тимпанический звук. Свободная жидкость в животе не определяется. Стул регулярный, безболезненный. Каловые массы оформленные. Пульсация печени не наблюдается
Аускультация: перистальтика кишечника удовлетворительная. Шум плеска не выявлен. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен.

Желудок: границы не определяются, шума плеска и видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

1. Печень:
Пальпация: Нижний край печени из под реберной дуги выходит примерно на 4 см. безболезненна, край ее мягкий, острый, поверхность бугристая.

Перкуссия. Размеры печени по Курлову:
по правой окологрудинной линии - 13 см;
по правой среднеключичной линии – 10 см;
по левой реберной дуге - 8 см.

2. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный.

3. Поджелудочная железа при пальпации не прощупывается.

4. Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

5. Физиологические отправления: стул регулярный, без патологических особенностей.

Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула свободна, нависания, болезненности стенок не определяется. Патологические образования достижимые пальцем не определяются. На перчатке ничего.

**Предварительный диагноз:**

На основании жалоб (чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, умеренные боли в верхних отделах живота), данных анамнеза: Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Болеет около 3 месяцев, когда появилась желтушность склер, отеки голеней, слабость. Похудел на 10 кг. Ранее никогда не желтел. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал фосфоглив, панкреатин, лечился народными средствами, без существенного эффекта. С 16.01.2020 по 22.01.2020 лечился в хирургическом отделении Минунсинской МБ с диагнозом: Киста головки поджелудочной железы. Обострение хронического калькулезного панкреатита. Механическая желтуха. Рефлюкс гастрит. ГЭРБ. Обостренный дуоденит. Хронический вирусный гепатит С. Сахарный диабет 2 типа. Данный диагноз подтвержден исследованиями Минусинской РБ:
УЗИ брюшной полости (17.01.2020) обнаружено образование головки поджелудочной железы 73\*69\*73мм. Конкремент в дистальных отделах поджелудочной железы.
МСКТА (17.01.2020) выполнена не полностью: биллиарная гиперстензия. Множественный кальцинат поджелудочной железы. Образование головки поджелудочной железы 58\*61мм
Была проведена консервативная терапия (выписка на руках), после чего желтушность кожных покровов уменьшилась, 22.01.2020 был выписан и направлен к гепатологу и ККБ.
УЗИ ККБ (11.02.2020) Внутрипеченочные желчные протоки: - сегментарные до 7 мм, долевые до 12 мм, долевые до 12 мм, главные до 12-16 мм.
Размеры желчного пузыря увеличены – 62х107 мм, с перегибом в области шейки, стенка – не утолещена, рентген –позитивных конкрементов нет.
Холедох сдавлен крупными жидкостным образованием головки поджелужочной железы. – 64х65х68 мм. Вокруг образования видны множественные кальцинаты, которые так же распространяются на всю ткань, поджелудочной железы.

Основной диагноз: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.
Осложнение основного диагноза: Механическая желтуха.
Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести.
Осложнение сопутствующего диагноза: Стадия декомпенсации.

Результаты лабораторных исследований 12.02.2020:

Развернутый анализ крови 11.02.2020: Эритроциты: **3.70\*10-12\л**; (4.00-4.70); Гемоглабин **120г\л** (120-140); Лейкоциты **12.32\*10\*9\л** (4.00-5.00); Гематокрит: **36.7%**(40.0-48.0); Стандартное отклонение эритроцита от среднего значения: **51.5 фл** (35.0-46.0); Содержание гемоглабина в эритроците:**32.4 пг** (27.0-31.0) Лимфоциты **13.80%** (19-37); Эозинофилы **0.30%** (0.50-5.00) Нейтрофилы **76.9%** (50.0-70.0)

Исследование уровня билирубина и его фракции в крови:
Билирубин общий **158.80 мкмоль\л** (1.70-20.00)
Билирубин прямой **89.90 мкмоль\л** (0-4.60)
Билирубин непрямой 69.90 мкмоль\л
Липаза **14 ЕД\л** (21-67)
Амилаза **25 ЕД\л** (40-100)
АСТ **70.3 ЕД\л** (0-35.0)
АЛТ **67.7 ЕД\л** (0-45.0)
Щелочная фосфатаза **1071 ЕД\л** (30-120)
Гамма-глутамиотранспептидаза **804 ЕД\л** (0-55)

Биохимическое исследование 12.02.2020:

Глюкоза (22 часа) **17.50 ммоль\л** (3.30-5.60)
Глюкоза (11 часов) **11.70 ммоль\л** ((3.30-5.60)

Исследование уровня глюкозы в капилярной крови на 13:00 ч. – установлена причина невыполнения: Пациента не было на месте
Глюкоза (18 часов) **17.00 ммоль\л** (3.30-5.60)

Кетоновые тела в крови (18:00) - 0.5 ммоль\л (0-0.5)

Коагулограмма 12.02.2020:

АЧТВ **37.9 сек** (25.0-35.0)
Протромбин по Квику 26.90 сек
МНО: **66%** (70-140)
Фибриноген **1.29 у.е.** (0.85-1.20)

Анализ мочи: Глюкоза **30 ммоль\л**; следы белка; небольшое количество крови и билирубина; удельный вес: **<1005** (1010-1020)

ЭКГ( от 12.02.2020) Ритм синусовый. ЧСС=75 уд/мин. Данных за органическую патологию сердца не выявлено.

**ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ (12.02.2020)**

Пищевод:
Длина от резцов до кардии: 38 см
Просвет: свободно проходим
Кардия (нижний пищеводный сфинктер) смыкается не полностью
Слизистая: гиперимирована
Варикозное расширение вен: нет
Грибковый Эзофагит: единичные белые, белые и желтоватые кремовые наложения до 2 мм
Подслизистые образования: нет
Эпителиальные образования: нет
Эрозии: нет

Желудок:
Форма: деформирована
Содержимое: слизь
Количество содержимого: небольшое количество
Складки: извитые
Величина складок: средние
Гиперемия слизистой: умеренная
Сосудистый рисунок: прослеживается
Перистальтика удовлетворительная
Эпителиальные образования: нет
Эрозии: есть: единичные; Локализация: во всех отделах; диаметр: 1-2мм
Варикозное расширение вен: нет
Подслизистые образования: нет

Луковица ДПК: деформирована за счет рубцовых изменений.
Слизистая: гиперемирована умерено
Эрозии: нет
Подслизистые образования: нет
Эпителиальные образования: нет

Ретробульбарный отдел:
Слизистая: розовая
Содержимое: желчь
Дивертикул: просвет проходим, несколько сужен за счет утолщенной утолщенной, отечной, продольной складки. Слизистая визуально не изменена.
Щипцовая биопсия: мазок на НР уреазный тест – отрицательный.

Заключение:
Рубцовая деформация луковицы ДПК. Умеренно выраженный бульбит. Диффузный, умеренно выраженный поверхностный гастрит с наличием единичных эрозий. Недостаточность кардии. Грибковый эзофагит I ст.

**МСКТА Брюшной полости: 11.02.2020**

**Описание исследования:** размеры печени увеличены: ВР правой доли -17,6 см; ВР левой доли 10 см ; структура однородная, плотность диффузно снижена.
Участков патологической плотности в паренхиме не выялено. Сосуды системы воротной вены не расширены.
Внутрипеченочные желчные протоки: - сегментарные до 7 мм, долевые до 12 мм, долевые до 12 мм, главные до 12-16 мм.
Размеры желчного пузыря увеличены – 62х107 мм, с перегибом в области шейки, стенка – не утолещена, рентген –позитивных конкрементов нет.
Холедох сдавлен крупными жидкостным образованием головки поджелужочной железы. – 64х65х68 мм. Вокруг образования видны множественные кальцинаты, которые так же распространяются на всю ткань, поджелудочной железы. Стенки кисты – ровные; участки патологического накопления контрастного препарата – не выявлено.
Вирсунгов проток расширен до 8 мм.
Структура однородная контуры сглажены, с единичными мелкими кистовидными включениями.
Вирсунгов проток расширен до 2 мм
Размеры: тела ПЖ – 20 мм, хвоста – 16 мм
Панкреатическая клетчатка не изменена.
Селезенка, наподчечники - не изменены.
Лимфатические узлы не увеличены.
Свободной жидкости в брюшной полости не опеределяется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-картина жидкостного образования головки поджелудочной железы (псевдокиста – новообразование на головке п\ж, не имеющее на своей поверхности железистого эпителия) с комприминированием холедоха, общего печеночного и пузырного протока.
Жировой гепатоз, гепатомегалия.

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – ДОСТУП ДЛЯ ЧРЕЗКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. ДОПОЛНЕНИЕ (12.02.2020)**

Доступ, для проведения чрескожной диагностической пункции имеется.
Дополнение к УЗИ от 11.02.2020: расширение Вирсунгова протока до 1,0 см, с наличием множественных конкрементов; в головке поджелудочной железы – псевдокиста
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Хронический калькулезный панкреатит. Псевдокиста головки поджелудочной железы.

**Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб (чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожных покровов и склер, умеренные боли в верхних отделах живота), данных анамнеза: Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Болеет около 3 месяцев, когда появилась желтушность склер, отеки голеней, слабость. Похудел на 10 кг. Ранее никогда не желтел. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал фосфоглив, панкреатин, лечился народными средствами, без существенного эффекта. С 16.01.2020 по 22.01.2020 лечился в хирургическом отделении Минунсинской МБ с диагнозом: Киста головки поджелудочной железы. Обострение хронического калькулезного панкреатита. Механическая желтуха. Рефлюкс гастрит. ГЭРБ. Обостренный дуоденит. Хронический вирусный гепатит С. Сахарный диабет 2 типа. Данный диагноз подтвержден исследованиями Минусинской РБ:
УЗИ брюшной полости (17.01.2020) обнаружено образование головки поджелудочной железы 73\*69\*73мм. Конкремент в дистальных отделах поджелудочной железы.
МСКТА (17.01.2020) выполнена не полностью: биллиарная гиперстензия. Множественный кальцинат поджелудочной железы. Образование головки поджелудочной железы 58\*61мм
Была проведена консервативная терапия (выписка на руках), после чего желтушность кожных покровов уменьшилась, 22.01.2020 был выписан и направлен к гепатологу и ККБ.
УЗИ ККБ (11.02.2020) Внутрипеченочные желчные протоки: - сегментарные до 7 мм, долевые до 12 мм, долевые до 12 мм, главные до 12-16 мм.
Размеры желчного пузыря увеличены – 62х107 мм, с перегибом в области шейки, стенка – не утолещена, рентген –позитивных конкрементов нет.
Холедох сдавлен крупными жидкостным образованием головки поджелужочной железы. – 64х65х68 мм. Вокруг образования видны множественные кальцинаты, которые так же распространяются на всю ткань, поджелудочной железы.
Из перенесенных заболеваний отмечает: гепатит «А» в детстве.
Сахарный диабет 2 типа с 2013 года. (принимает инсулин)
 Учитывая данные дополнительных методов обследования (УЗИ 11.02.12 «Холедох сдавлен крупными жидкостным образованием головки поджелужочной железы. – 64х65х68 мм. Вокруг образования видны множественные кальцинаты, которые так же распространяются на всю ткань, поджелудочной железы.»
МСКТА 11.02.2020 «КТ-картина жидкостного образования головки поджелудочной железы (псевдокиста – новообразование на головке п\ж, не имеющее на своей поверхности железистого эпителия) с комприминированием холедоха, общего печеночного и пузырного протока»
УЗИ (дополнение)12.02.2020«расширение Вирсунгова протока до 1,0 см, с наличием множественных конкрементов; в головке поджелудочной железы – псевдокиста»
Анализ мочи(12.02.2020): Глюкоза **30 ммоль\л**; следы белка; небольшое количество крови и билирубина; удельный вес: **<1005** (1010-1020)
Исследование уровня билирубина и его фракции в крови:
Билирубин общий **158.80 мкмоль\л** (1.70-20.00)
Билирубин прямой **89.90 мкмоль\л** (0-4.60)
Билирубин непрямой 69.90 мкмоль\л
Липаза **14 ЕД\л** (21-67)
Амилаза **25 ЕД\л** (40-100)
АСТ **70.3 ЕД\л** (0-35.0)
АЛТ **67.7 ЕД\л** (0-45.0)
Щелочная фосфатаза **1071 ЕД\л** (30-120)
Гамма-глутамиотранспептидаза **804 ЕД\л** (0-55)

У больного выявлено:Основной диагноз: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.
Осложнение основного диагноза: Вирсунгоэктазия. Псевдокиста головки поджелудочной железы, со сдавлением холедоха. Механическая желтуха. Печеночно-клеточная недостаточность.
Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести.
Осложнение сопутствующего диагноза: Стадия декомпенсации, СД 2 типа.

**Дифференциальный диагноз**

Дифдиагноз следует проводить с язвенной болезнь ДПК, хроническим панкреатитом, холедохолитиазом.

Болевой синдром:

При ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите - боль в правом подреберье. Усиление боли, ухудшение состояния связывают с погрешностями в диете, приёмом жирной пищи.

При язвенной болезни ДПК-, ежедневный суточный ритм боли, голод - боль, приём пищи - боль стихает, голод - боль. При пальпации болезненность в правом верхнем квадранте живота. Состояние значительно ухудшается в весенне-осенние периоды.

При хроническом панкреатите - боли локализуются в эпигастральной области, носят тупой характер и иррадиируют в спину. Боль усиливается после приема пищи или алкоголя. При пальпации живота обычно выявляют его вздутие, болезненность в эпигастральной области и в левом подреберье. Нередко выявляется болезненная точка в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона).

При холедохолитиазе - боль в верхних отделах живота, больше справа, с иррадиацией в спину.

Диспептический синдром:

При ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите - сухость, горечь во рту, тошнота, иногда рвота, нарушения стула (чаще поносы), есть закономерная связь с приёмом жирной пищи. Пациенты обычно достаточного питания.

При язвенной болезни ДПК - аналогичная симптоматика. Рвота приносит облегчение, состояние ухудшается при голодании. Больные чаще астеничны.

При хроническом панкреатите - характерная симптоматика, есть закономерная взаимосвязь с приёмом алкоголя, острой, жареной пищи. Нарушения стула - поносы, стеато-амило-креаторея. Больные астеничны.

При ЖКБ, холедохолитиазе - диспептический синдром аналогичен хроническому холециститу.

Лабораторные данные:

При ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите - нормальные показатели крови и мочи.

При язвенной болезни ДПК – железодефицитная анемия, нормальные показатели мочи, при обострении заболевания возможен незначительный лейкоцитоз в ОАК, трансаминазы в пределах нормы, билирубин в норме. Синдром холестаза не характерен. Коагулограмма без особенностей.

При хроническом панкреатите - анемия, возможен незначительный лейкоцитоз, повышаются амилаза, щелочная фосфатаза, могут повышаться трансаминазы, диспротеинемия, в моче - норма, кал - стеаторея, креаторея, амилорея. Коагулограмма без особенностей.

При ЖКБ, холедохолитиазе - в ОАК возможен незначительный лейкоцитоз, повышается СОЭ, в моче - билирубин, уробилин будет отсутствовать, в кале - стеркобилин также будет отсутствовать. Кал по типу белой глины. Биохимия - резко повышаются трансаминазы, очень активна щелочная фосфатаза, билирубин значительно повышается за счёт прямой фракции. Выражен холестатический синдром. В коагулограмме изменения - увеличение времени кровотечения, снижается протромбиновый индекс (нижняя граница нормы), увеличивается МНО.

Инструментальные методы: УЗИ, ФГДС.

При ЖКБ, хроническом калькулёзном холецистите – на УЗИ жечного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы обнаруживаются в полости желчного пузыря конкременты.

 В случае язвенной болезни ДПК - применяют ФГДС (язвенный дефект, рубцовые изменения, стеноз), также параллельно проводят Рн-метрию, уреазный тест. При невозможности провести ФГДС - ренгенография с барием - обнаруживают симптом ниши.

При хроническом панкреатите - на УЗИ диффузные изменения в железе, кальциноз, фиброз, кистозные изменения, уменьшение железы в размерах, уменьшается проходимость Вирсунгового протока (воспалительное изменение стенки, возможны кальцинаты в протоке).

При ЖКБ, холедохолитиазе на УЗИ - диффузно изменённая печень, расширение внутрипечёночных протоков, конкременты в холедохе. Просвет холедоха расширен( более 1см).

**План обследования:**

* Развернутый анализ крови
* Биохимический анализ крови
* ОАМ
* ЭКГ
* Коагулограмма
* МСКТ брюшной полости и почек с контрастированием
* ФЭГДС (осмотр большого сосочка двенадцатиперстной кишки перед эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией)

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ** В связи с установленным диагнозом, больному показано плановое оперативное лечение: ЭРХПГ. Атипичная ЭПСТ. Билиарное эндопротезирование.
Продолжить плановый прием терапии.
1) В день операции свою дозу инсулина не вводить, таблетки не принимать.

2) В 8.00 Контроль уровня сахара крови, при сахаре выше 10 ммоль\л, ввести простой инсулин по сахару крови пониже изложенной схеме.

3) Во время операции: Sol.Glucosae 5%-400 ml
Sol. Kalii-Chloridi 4% - 20 ml
Insulini 8 ед. Actropidi

4) Сразу после операции и первые три дня после операции – контроль уровня сахара: 11.00-13.00-18.00-01.00-06.00-08.00

5) Инсулин вводить п\к в часы контроля уровня сахара по схеме:
До 7 ммоль\л – не вводить. Инъекцию пропустить.
8-9 ммоль\л – 2.ед. актропида
10-11 ммоль\л – 4 ед. актропида
12-13 ммоль\л – 6 ед. актропида
14 ммоль\л – 8 ед. актропида, первые три дня после операции.

6) Sol.Glucosae 5%-400 ml
Sol. Kalii-Chloridi 4% - 20 ml
Insulini 8 ед. Actropidi

Первый день после операции вводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00, последующие два дня в 6.00 и в 18.00.

7) Ежедневный контроль кетоновых тел. К+ Na+, крови, мочи (наличие ацетона)

8) Плановая консультация эндокринолога

9) При наличии ацетона в моче ввести: Natrii Chloridi 0,09%-400 ml

10) При уровне кетоновых тел выше 20% срочная консультация эндокринолога.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

12.02.2020 (17:58)
Пациент: Фадин Вадим Викторович 54 года, поступил в ККБ 11.02.2020

Находится в стационарном лечении в 1 ХО с диагнозом: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.
Осложнение основного диагноза: Вирсунгоэктазия. Псевдокиста головки поджелудочной железы со сдавлением холедоха. Механическая желтуха.

Основной диагноз подтвержден клинически методами: УЗИ (12.02.2020) МСКТА (11.02.2020)

Показано хирургическое лечение по неотложным показаниям: механическая желтуха, вызванная сдавлением, псевдокисты головки поджелудочной железы, желчного протока. Выраженный болевой синдром по вышеуказанному заболеванию, купируемый, анальгетиками.

Планируется операция операция: **ЭРХПГ. Атипичная ЭПСТ. Биллиарное эндопротезирование.**

Обезболивание – общая анастезия (многокомпонентная, комбинированнаяЮ с тотальной миоплегией и ИВЛ)

Абсолютных противопоказаний к операции не выявлено

Учитывая, что у пациента имеется сахарный диабет 2 типа, в день операции свою дозу инсулина не вводить, таблетки не принимать. Перед операцией в 8.00 Контроль уровня сахара крови, при сахаре выше 10 ммоль\л, ввести простой инсулин по сахару крови пониже изложенной схеме.

Учитывая риск развития ТЭЛА , при планируемом хирургическом вмешательстве, больному показана профилактика Sol. Clexani 0,4 п\к за 12 часов до операции, эластическая компрессия нижних конечностей.

Больной с планом операции и возможным осложнением ознакомлен согласие на операцию получено.

Группа крови: B III Rh(-)

Дата: 13.02.2020

В\м за 30 минут до операции необходимо ввести:
Sol.Atropini 0,1% - 0,5 ml
Sol.Dimedroli 1%-1,0 ml
Sol.Trimeperidini 2%-1,0 ml

**ПРОТОКОЛ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

Дата начала операции: 13.02.2020;
Время начала: 09:50;
Время окончания: 11:00;
Продолжительность: 100 мин.

ЭРХПГ. АТИПИЧНАЯ ПСТ. БИЛЛИАРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ.

Ход операции: Под общим наркозом аппарат (Д71 OLYMPUS TYF-160VR) проведен в просвет пищевода, в желудок. В просвете желудка небольшое количество слизи. Детальный осмотр верхних отделов ЖКТ не проводился. Аппарат заведен в ДПК, отмечается деформация стенок постбульбарного отдела, за счет сдавления из вне. В просвете кишки умеренное колличество слизи. БДС увеличен в объеме за счет набухшей продольной складки, расположен под нависшей складкой с инфильтрацией, слизистая на его поверхности не изменена, устье сомкнуто. Многочисленные попытки канюляции желчных протоков безуспешны. При помощи игольчатого папилотома, выполнена атипичная ПСТ (Эндоскопическая папиллосфинктеротомия)от устья к продольной складке. Отмечается активное подтекание темно-зеленой желчи. Канюлирован ОЖП. При контрастировании: в дистальном отделе ОЖП определяется дефект наполнения протяженностью до 3,0-4,0 см. просвет нитевидный, прокисмальнее ОЖП и ОПП до 2,0-2,5 см. шириной, желчный пузырь не контрастируется, внутрипеченочные протоки выраженно расширены. Произведена смена инструмента, по проводнику, заведено доставляющее устройство с заряженным пластиковым эндопротезом диаметром 8,5 Ch.,длинной 70 мм., выполнено билиарное эндопротезирование. На контрольной R-скопии: эндопротез полностью перекрывает суженный участок ОЖП, эвакуация контрастного вещества с желчью в просвет ДПК, через отверстия эндопротеза свободная. Ход операции без видимых осложнений.

**Заключение: Стриктура БДС. Протяженная стриктура дистального отдела ОЖП. Холангиоэктазия. Отключенный желчный пузырь. Сдавление из вне постбульбарного отдела ДПК.**

Рекомендации:
1. Голод;
2. Наблюдение дежурного хирурга;
3. Б\х контроль ферментов ПЖ;
4. Контроль показателей «красной» крови.
5. Первый день после операции вводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00, последующие два дня в 6.00 и в 18.00.
6. Ежедневный контроль кетоновых тел. К+ Na+, крови, мочи (наличие ацетона)

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ:**

12.02.2020 (17:58)
Пациент: Фадин Вадим Викторович 54 года, поступил в ККБ 11.02.2020

Жалобы, на желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье.

**Из anamnesis morbi** Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Болеет около 3 месяцев, когда появилась желтушность склер, отеки голеней, слабость. Похудел на 10 кг. Ранее никогда не желтел. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал фосфоглив, панкреатин, лечился народными средствами, без существенного эффекта. С 16.01.2020 по 22.01.2020 лечился в хирургическом отделении Минунсинской МБ с диагнозом: Киста головки поджелудочной железы. Обострение хронического калькулезного панкреатита. Механическая желтуха.

**Из данных клинического обследования:** Развернутый анализ крови -Эритроциты: **3.70\*10-12\л**; (4.00-4.70); Гемоглабин **120г\л** (120-140); Лейкоциты **12.32\*10\*9\л** (4.00-5.00); Гематокрит: **36.7%**(40.0-48.0); Стандартное отклонение эритроцита от среднего значения: **51.5 фл** (35.0-46.0); Содержание гемоглабина в эритроците:**32.4 пг** (27.0-31.0) Лимфоциты **13.80%** (19-37); Эозинофилы **0.30%** (0.50-5.00) Нейтрофилы **76.9%** (50.0-70.0)

Исследование уровня билирубина и его фракции в крови:
Билирубин общий **158.80 мкмоль\л** (1.70-20.00)
Билирубин прямой **89.90 мкмоль\л** (0-4.60)
Билирубин непрямой 69.90 мкмоль\л
Липаза **14 ЕД\л** (21-67)
Амилаза **25 ЕД\л** (40-100)
АСТ **70.3 ЕД\л** (0-35.0)
АЛТ **67.7 ЕД\л** (0-45.0)
Щелочная фосфатаза **1071 ЕД\л** (30-120)
Гамма-глутамиотранспептидаза **804 ЕД\л** (0-55)

Биохимическое исследование 12.02.2020:

Глюкоза (22 часа) **17.50 ммоль\л** (3.30-5.60)
Глюкоза (11 часов) **11.70 ммоль\л** ((3.30-5.60)

Исследование уровня глюкозы в капилярной крови на 13:00 ч. – установлена причина невыполнения: Пациента не было на месте
Глюкоза (18 часов) **17.00 ммоль\л** (3.30-5.60)

Кетоновые тела в крови (18:00) - 0.5 ммоль\л (0-0.5)

Коагулограмма 12.02.2020:

АЧТВ **37.9 сек** (25.0-35.0)
Протромбин по Квику 26.90 сек
МНО: **66%** (70-140)
Фибриноген **1.29 у.е.** (0.85-1.20)

Анализ мочи: Глюкоза **30 ммоль\л**; следы белка; небольшое количество крови и билирубина; удельный вес: **<1005** (1010-1020)

По данным МСКТА (11.02.12) КТ-картина жидкостного образования головки поджелудочной железы (псевдокиста – новообразование на головке п\ж, не имеющее на своей поверхности железистого эпителия) с комприминированием холедоха, общего печеночного и пузырного протока.

По данным УЗИ (12.02.2020) Хронический калькулезный панкреатит. Псевдокиста головки поджелудочной железы.

На данный момент находится в стационарном лечении в 1 ХО с диагнозом:
Основной диагноз: Хронический калькулезный панкреатит алкогольной этиологии.
Осложнение основного диагноза: Вирсунгоэктазия. Псевдокиста головки поджелудочной железы со сдавлением холедоха. Механическая желтуха.
Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести.

Основной диагноз подтвержден клинически методами: УЗИ (12.02.2020) МСКТА (11.02.2020)
Сопутствующий диагноз подтвержден: данными анамнеза (заболел с 2011 года) и лабораторными исследованиями.

Показано хирургическое лечение по неотложным показаниям: механическая желтуха, вызванная сдавлением, псевдокисты головки поджелудочной железы, желчного протока. Выраженный болевой синдром по вышеуказанному заболеванию, купируемый, анальгетиками.

Проведена операция операция: **ЭРХПГ. Атипичная ЭПСТ. Биллиарное эндопротезирование.**

Обезболивание – общая анастезия (многокомпонентная, комбинированнаяЮ с тотальной миоплегией и ИВЛ)

Абсолютных противопоказаний к операции не выявлено

Пациент перенес операцию без осложнений.

На данный момент рекомендовано лечение стационарно, показана медикаментозная терапия:

Sol.Glucosae 5%-400 ml
Sol. Kalii-Chloridi 4% - 20 ml
Insulini 8 ед. Actropidi

Так как у пациента имеется сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа, нужно проводить ежедневный контроль уровня сахара: 11.00-13.00-18.00-01.00-06.00-08.00

А так же по мимо выше перечисленных растворов вводить инсулин п\к в часы контроля уровня сахара по схеме:
До 7 ммоль\л – не вводить. Инъекцию пропустить.
8-9 ммоль\л – 2.ед. актропида
10-11 ммоль\л – 4 ед. актропида
12-13 ммоль\л – 6 ед. актропида
14 ммоль\л – 8 ед. актропида, первые три дня после операции.

Для профилактики осложнений, назначить Викасол:

Sol. Vicasoli 1% pro inject I ml

D.t.d. №4

S. В в/м no 1мл в теч. 4д.

Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид»,
в 20-00 – 12 ед. «Лантус»

Для профилактики холангита: Rp.: Vibramycini - 1,0
 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300ml

D.t.d. N 30 in caps

S. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов

На данный момент пациент остается в больнице, под наблюдением лечащего врача.

Дневник: (12.02.2020)

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| Общее состояние: средней степени тяжестиЖалобы: сухость во рту. Жажду, слабость, желтушность кожных покровов. Дыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Система пищеварения: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.При пальпации: выступает за край реберной дуги на 4 смСелезенка: не увеличена Динамика состояния: средней степени тяжести;Выделительная система: без патологических изменений.По данным метода обследования МСКТ (12.02.2020) выялено: Хронический калькулезный панкреатит. Псевдокиста головки поджелудочной железы. | У пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»Пациент проходит ряд дополнительных методов обследования.Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00,  |

Дневник: (13.02.2020)

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| Больному была проведена операция: ЭРХПГ. Атипичная ЭПСТ. Биллиарное эндопротезирование.На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: слабость в ногах, легкое головокружение, жажда, желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ;  Контроль показателей «красной» крови. |

Дневник:14.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: слабость в ногах, легкое головокружение, желтушность кожных покровов, чувство голода.Температура тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 17 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 70 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.В связи с улучшением состояния, больному разрешено пить воду. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Пациент остается под наблюдением дежурного хирурга.Б\х контроль ферментов ПЖ;  Контроль показателей «красной» крови. |

Дневник 15.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Без ухудшения. Жалобы: желтушность кожных покровов, тяжесть в правом подреберье.Температура тела: 36,6 СКожные покровы светло-желтые.Дыхательная система: ЧДД 18 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 70 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: без ухудшенияживот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается.Контроль показателя «красной крови» без изменений | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Стол 1аПациент остается под наблюдением дежурного хирурга.Б\х контроль ферментов ПЖ;  |

Дневник 17.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние стабильное, без ухудшений.Жалобы: слабость в ногах, легкое головокружение, жажда, желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается.В связи с улучшением состояния, больному разрешен стол 1А | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Стол 1аДля профилактики кровотечений:Sol. Vicasoli 1% pro inject I mlD.t.d. №4S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ;  |

Дневник 18.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести, раздражителен.Жалобы: со слов пациента –вернулось чувство тяжести в правом боку, желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы: желтушныеДыхательная система: ЧДД 20 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 78 уд. в мин; Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации:Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Стол 1аДля профилактики кровотечений:Sol. Vicasoli 1% pro inject I mlD.t.d. №4S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Пациент остается под наблюдением дежурного хирурга.Б\х контроль ферментов ПЖ;  |

Дневник 19.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: утреняя тяжесть, в правом боку, желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 17 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 69 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации: Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается.В связи ухудшением состояния, рекомендовано назначить раствор вибрамицина, для профилактики, холангита. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»Для профилактики кровотечений:Sol. Vicasoli 1% pro inject I mlD.t.d. №4S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Для профилактики холангита:Rp.: Vibramycini - 1,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300mlD.t.d. N 30 in capsS. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ; |

Дневник 20.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести.Отмечает улучшение состояния, по сравнению со вчерашним днём.Жалобы: желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается.Рекомендовано продолжать прием Викасола. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Для профилактики холангита:Rp.: Vibramycini - 1,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300mlD.t.d. N 30 in capsS. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ; |

Дневник 24.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: слабость в ногах, желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Для профилактики кровотечений:Sol. Vicasoli 1% pro inject I mlD.t.d. №4S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Для профилактики холангита:Rp.: Vibramycini - 1,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300mlD.t.d. N 30 in capsS. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ; |

Дневник 25.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Для профилактики кровотечений:Стол общийSol. Vicasoli 1% pro inject I mlD.t.d. №4S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Для профилактики холангита:Rp.: Vibramycini - 1,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300mlD.t.d. N 30 in capsS. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ; |

Дневник 27.02.2020

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр  | Рекомендации |
| На время осмотра: Состояние средней степени тяжести. Жалобы: желтушность кожных покрововТемпература тела: 36,6 СКожные покровы желтушныеДыхательная система: ЧДД 19 в мин.; При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет.Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд. в мин; Аускультативно: тоны сердца ритмичные;Мочеиспускание не нарушено.Status localis: живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричен. При пальпации, мягкий, доступен для глубокой пальпации.Симптом раздражения брюшины отрицательный.Перистальтика кишечника ослаблена.Лабораторно: амилаземия (повышение амилазы в крови) не наблюдается.В связи с улучшением состояния больного, отмена Викасола, с завтрашнего дня. | Sol.Glucosae 5%-400 mlSol. Kalii-Chloridi 4% - 20 mlInsulini 8 ед. Actropidiвводить растворы внутривенно, капельно: в 13.00, 18.00, 24.00Для профилактики кровотечений:Стол 5А с ограничением в углеводах, исключить из рациона: ягоды, соки, фрукты, так как пациента сахарный диабет 2 типа в течении 8 лет. Использует Использует инсулин: (8-00; 13-00;18-00;) по 4 ед. «Актропид», в 20-00 – 12 ед. «Лантус»S. В в/м no 1мл в теч. 4д.Для профилактики холангита:Rp.: Vibramycini - 1,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9%-300mlD.t.d. N 30 in capsS. Внутривенно-капельно 1 раз в день в течении 2 часов Наблюдение дежурного хирурга; Б\х контроль ферментов ПЖ; |