Красноярский Государственный Медицинский Университет

Кафедра хирургических болезней №2

им. проф. А.М.Дыхно

История болезни

Диагноз: вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Ф.И.О. куратора: Черноситова Е.М.

Группа:426 леч.

Дата заполнения: 17.02.2020

Ф.И.О. ассистента: Коваленко. А.А.

Дату проверки: 29.02.2020

Количество баллов:

Подпись ассистента:

Красноярск 2020

**Паспортная часть**

ФИО: больная П.

Дата и время поступления: 17.02.2020 08:56

Дата выписки: 28.02.2020

Пол: женский

Возраст: 37 лет

Профессия и место работы: неработающий. Инвалид II групы.

Место жительства: Красноярский край, Емельяновский район

Диагноз при поступлении: Вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Клинический диагноз: Основной: Вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Сопутствующий: Болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.17г. одноствольная трансверзостома. Хронический вирусный гепатит С.

Диагноз при выписке (заключительный диагноз): Основной: Вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Сопутствующий: Болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.17г. одноствольная трансверзостома. Хронический вирусный гепатит С.

Дата и название операции:20.02.2020 Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Дренирование подпечёночного пространства. Пластика передней брюшной стенки синтетических эндопротезом BARD 30\*30см в позиции SUBLAY. Дренирование межапоневротического пространства.

Исход болезни: выздоровление

**Жалобы**

Жалобы при поступлении: на давящие боли и дискомфорт в эпигастральной области и правом подреберье, тошноту и рвоту с примесью желчи, горечь во рту.

**Anamnesis morbi**

В 2014г. поставлен диагноз болезнь Крона, в этом же году проведена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия, в послеоперационном периоде – нагноение послеоперационной раны. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и инфекциониста по месту жительства. Полтора года назад появились дискомфорт и боли в эпигастрии, боли в правом подреберье после употребления жирной пищи, тошнота, рвота с примесью в рвотных массах желчи, сухость и горечь во рту. Тошноту купировала самостоятельно церукалом, при болях принимала но-шпу. В феврале 2019 г. по данным УЗИ желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы выявлены конкременты в желчном пузыре. Обследована, госпитализирована во 2 ХО для планового оперативного лечения. При объективном осмотре хирургом выявлено грыжевое выпячивание на передней брюшной стенке в области послеоперационного рубца при натуживании до 30\*3 см, вправляемое в брюшную полость, дефект в апоневрозе до 30\*2см.)

**Anamnesis vitae**

Из перенесенных заболеваний отмечает: гепатит С более 20 лет. Операции: в 2009г. – аппендэктомия(с перитонитом), в 2011 г. – геморроидэктомия, в 2013г. – кесарево сечение, в 2014г. – левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия(в послеоперационном периоде нагноение п/о раны). Туберкулез, кож-вен заболевания, онкологические заболевания, бронхиальную астму, сахарный диабет, ВИЧ, инфаркты, инсульты отрицает. Гемотрансфузии проводились в 2017 г., 5 переливаний (по поводу болезни Крона, осложнившейся кровотечением, геморрагическим шоком и анемией) – без осложнений. Аллергологический анамнез: реакция в виде гиперемии кожных покровов и зуда на ципрофлоксацин, магния сульфат.

Анамнез ВТЭ: неработающая, инвалид II группы( в связи с диагнозом: Болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.17г. одноствольная трансверзостома.). В больничном листе не нуждается.

Семейный анамнез: двое детей, дочери. В 2003г. самостоятельные роды, в 2013г. –кесарево.

Условия быта и труда: родилась 19.05.1982г. в Молдавии в полной семье. Росла в благоприятных условиях. В развитии от сверстников не отставала. На данный момент проживает в с. Арейское Емельяновского района в частном доме. До 2013г. работала в исправительной колонии №7.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственный анамнез: отец умер от цирроза печени. Мать страдала гипертонической болезнью.

**Данные объективного обследования**

Общие данные: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Вес: 80кг. Рост: 168см. Температура тела: 36,6 С. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Видимые слизистые чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. 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.

Органы дыхания: 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 везикулярное, проводится над всеми легочными полями.

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 межреберье  VI ребро  VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  Остистый отросток XI грудного позвонка | -  -  VII ребро  VIII ребро  IX ребро  X ребро  Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
| Среднеключичная  Средняя подмышечная  Лопаточная | на вдохе | на выдохе | сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| 2см  3см  2см | 2см  3см  2см | 4см  6см  4см | -  3см  2см | -  3см  2см | -  6см  4см |

Сердечно-сосудистая система: ЧСС =70 уд/мин., пульс=70 уд/мин., АД=120/80 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 – 5 см.

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 – 70 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**

Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Видимые слизистые розового цвета, чистые. Миндалины не увеличены, чистые, розовые. При осмотре – живот не вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Имеются послеоперационные рубцы по средней линии живота от мечевидного отростка и ниже пупка, в правой подвздошной области без признаков воспаления. При пальпации – мягкий, слабо болезненный в правом подреберье, доступен глубокой пальпации. Патологические образования не пальпируются. Симптомы острого холецистита( симптом Ортнера: болезненность справа при поколачивании по реберной дуге, френикус-симптом: болезненность в правом подреберье при надавливании на ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, симптом Кера: болезненность при пальпации в точке желчного пузыря), острого панкреатита(симптом Воскресенского: отсутствие пульсации на брюшной части аорты, симптом Мейо-Робсона: болезненность в левом реберно-позвоночном углу) и симптомы раздражения брюшины( симптом Щеткина-Блюмберга: при быстром снятии руки после надавливания на брюшную стенку больной ощущает внезапное усиление боли, симптом Воскресенского усиление боли при быстром проведении рукой скользящих движений от реберной дуги до паховой связки) отрицательные. Определяются грыжевые выпячивания по ходу послеоперационного рубца при натуживании диаметром 30\*3 см, вправляемое в брюшную полость. Дефект в апоневрозе 30\*2 см.

При перкуссии - при перкуссии живота отмечается тимпанит. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена. Видимого увеличения печени нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, гладкая, безболезненная, мягко-эластической консистенции.

Размеры печени по Курлову:

по правой окологрудинной линии - 9 см;

по правой среднеключичной линии – 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

Видимого увеличения селезенки нет. При пальпации селезенка не определяется.

При аускультации – перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная.

Физиологические отправления: стул регулярный, по колостоме в левом мезогастрии.

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 характерных жалоб (давящие боли и дискомфорт в эпигастральной области и правом подреберьи, тошноту и рвоту с примесью желчи, горечь во рту), данных анамнеза (В 2014г. поставлен диагноз болезнь Крона, в этом же году проведена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия, в послеоперационном периоде – нагноение послеоперационной раны. Полтора года назад появились дискомфорт и боли в эпигастрии, боли в правом подреберье после употребления жирной пищи, тошнота, рвота с примесью в рвотных массах желчи, сухость и горечь во рту), локального статуса (Имеются послеоперационные рубцы по средней линии живота от мечевидного отростка и ниже пупка, в правой подвздошной области. Определяются грыжевые выпячивания по ходу послеоперационного рубца при натуживании диаметром 30\*3 см, вправляемое в брюшную полость. Дефект в апоневрозе 30\*2 см.) можно выставить предварительный диагноз:

Основной: Вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Сопутствующий: Болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.17г. одноствольная трансверзостома. Хронический вирусный гепатит С.

**Данные дополнительного обследования**

*УЗИ органов брюшной полости( от 17.02.2020)*

**Печень**:

Контур: четкий, ровный.

Структура: гомогенная.

Эхогенность: умеренно повышена.

Дополнительные образования: не выявлены.

Внутрипеченочные желчные протоки: не расширены.

**Холедох:** 0,6 см (N до 0,8), просвет свободен.

Воротная вена: диаметр 0,8 см( N от 0,9 до 1,4см), просвет свободен.

Селезеночная вена: 0,5 см (N до 0,8 см), просвет свободен.

Печеночные вены: 0,9см (N от 0,6 до 1см)

**Желчный пузырь:**

Размеры: 6,5\*3,4см

Расположение: обычное

Форма: правильная

Толщина стенки 0,2 см (N до 0,3 см), пристеночные эхоструктуры не определяются.

Просвет: с конкрементами 0,7-1 см

**Поджелудочная железа:**

Контур: нечеткий

Размеры: головка 1,9 см (N до 3 см), тело 1,6 см(N до 2 см), хвост 2 см (N до 3,5см)

Структура: однородная, повышенной эхогенности

**Селезенка:**

Контур: четкий, ровный

Размеры: 8,5\*4,2см (N 12\*5,5см)

Структура: однородная

**Аорта (брюшной отдел):** визуализируется фрагментарно

Нижняя полая вена: не изменена

Лимфатические узлы: не определяются

Жидкость в брюшной полости: не определяется

Жидкость в плевральных полостях: не определяется.

**Заключение:** Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Конкременты желчного пузыря.

*Эзофагогастродуоденоскопия ( от 11.02.2020)*

**Пищевод:**

Длина от резцов до кардии: 39 см

Просвет: свободно проходим

Кардия: смыкается плотно

Слизистая: розовая

Варикозное расширение вен: нет

Подслизистые образования: нет

Эпителиальные образования: нет

Эрозии: нет

**Желудок:**

Форма: обычная

Содержимое: слизь

Количество содержимого: небольшое количество

Складки: продольные

Величина складом: небольшие

Слизистая: блестящая, атрофичная по всем отделам

Гиперемия слизистой: слабая

Сосудистый рисунок:прослеживается

Перистальтика: удовлетворительная

Эпителиальные образования: нет

Подслизистые образования: нет

Эрозии: нет

Варикозное расширение вен: нет

Привратник: смыкается

**Луковица ДПК:** без деформации

Слизистая: розовая

Эрозии: нет

Язвы: нет

Подслизистые образования: нет

Эпителиальные образования: нет

**Ретробульбарный отдел:**

Слизистая: желто-розовая

Складки: циркулярные

Содержимое: желчь

БДС: осмотру не доступен

Эпителиальные образования: нет

Эрозии: нет

Язвы: нет

**Заключение:** Диффузный атрофический гастрит.

*Лабораторные результаты ( от 16.04.2019)*

**Анализ мочи общий:**

Цвет: светло-желтый

Реакция: 6.0 ед pH (5-7)

Удельный вес: 1015 ( 1010-1025)

Прозрачность: прозрачная

Белок: 0,037 г/л ( 0-0,033)

Микроскопия осадка мочи:

Эпителий плоский: в умеренном количестве

Лейкоциты: единичные в поле зрения

Эритроциты: неизмененные единичные в поле зрения

Оксалаты: 1+

Слизь: 2+

**Антитела к T pallidum**: отрицательная

**Группа крови, резус-фактор:**

Группа крови: А II

Резус-фактор: положительный

Антиген С: положительно

Резус-антитела: не обнаружены

**Развернутый анализ крови:**

Лейкоциты: 8,1\*10^9/л ( 4 - 9\*10^9/л)

Эритроциты: 5,15\*10^12 ( 3,9 – 4,7\*10^12)

Гемоглобин: 123 г/л ( 120 – 140 г/л)

Гематокрит: 40,1% (36 – 42%)

Средний объем эритроцитов: 77,9 фл (80 – 100 фл)

Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах: 23,9 пг ( 27 – 31 пг)

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах: 307 г/л (300-380 г/л)

Стандарт. отклонение размера эритр. от сред. зн.: 41,8 фл ( 35 – 46 фл)

Тромбоциты: 283\*10^9/л (150 -420\*10^9/л)

Нейтрофилы: 64,6% ( 50-70%)

Лимфоциты: 22,3% (19-37%)

Моноциты: 8,6% ( 3-13%)

Эозинофилы: 3,8% (0,5-5%)

Базофилы: 0,7% (0-1%)

Незрелые гранулоциты: 0,4%

Фибриноген: 3,34 г/л (2 – 4)

Протромбин по Квику: 85% ( 80 – 140)

**Биохимический анализ крови:**

Калий: 4,05 ммоль/л ( 3,5 – 5,1 ммоль/л)

Натрий: 140 ммоль/л ( 136 – 146 ммоль/л)

Хлор: 105 ммоль/л ( 98 – 106 ммоль/л)

Глюкоза: 6,4 ммоль/л ( 4,2 – 6,1 ммоль/л)

АСТ: 27,4 Ед/л ( 0 – 31 Ед/л)

АЛТ: 25,9 Ед/л (0-34 Ед/л)

Амилаза: 54 Ед/л ( 40-100 Ед/л)

Билирубин общий: 7,2 мкмоль/л (1,7 – 20 мкмоль/л)

Билирубин прямой:1,7 мкмоль/л ( 0 – 4,6 мкмоль/л)

Билирубин непрямой: 5,5 мкмоль/л

Общий белок:76,5 г/л ( 65 – 85 г/л)

Мочевина: 4,9 ммоль/л ( 1,7 – 8,3 ммоль/л)

Креатинин: 62 мкмоль/л ( 58 – 96 мкмоль/л)

СОЭ: 11 мм/час ( 2-15 мм/час)

Фенотип системы-резус: C+c+Cw-D+E-e+

Фенотип системы Kell: K-k+

*Колоноскопия ( от 15.02.19)*

Осмотр до: терминального отдела подвздошной кишки

Тонус кишки: сохранен

**Прямая кишка:**

Слизистая: аппарат заведен до культи прямой кишки. Слизистая кишки на всем протяжении отечна, гиперемирована, при контакте и инсуфляции легко ранима, умеренно кровоточит, видны множественные звездчатые рубцы, без сужения просвета, рельеф кишки сглажен, сосудистый рисунок не просматривается. Язв, эрозий нет. Культя ровная.

**Поперечно-ободочная кишка:**

Просвет: аппарат заведен через трансверзостому

Слизистая: Цвет: розовый. Отечности нет. Сосудистый рисунок четкий. Эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет. Складки: контурируются. Дивертикулов нет. Эрозий, язв нет.

**Восходящая ободочная кишка:**

Просвет: проходим

Слизистая: Цвет: розовый. Отечности нет. Сосудистый рисунок четкий. Эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет. Складки контурируются. Дивертикулов нет. Эрозий, язв нет.

**Слепая кишка:**

Слизистая: Цвет: розовый. Отечности нет. Сосудистый рисунок четкий. Эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет. Складки контурируются. Дивертикулов нет. Эрозий, язв нет.

Устье аппендикса визуализируется. Форма: щелевидная.

Баугиниева заслонка визуализируется. Форма: щелевидная. Смыкается полностью, проходима.

**Терминальный отдел подвздошной кишки:**

Просвет: проходим

Осмотрен на 20-25см.

Слизистая: Цвет: розовый. Отечности нет. Сосудистый рисунок четкий. Эпителиальных образований нет, подслизистых образований нет. Складки контурируются. Дивертикулов нет. Эрозий, язв нет.

**Заключение:** Эндоскопическая картина диверсионного проктита( на фоне язвенного колита в минимальной степени активности). Состояние после левосторонней гемиколэктомии. Функционирующая одноствольная трансверзостома.

*ЭКГ( от 14.02.19)*

Ритм синусовый. ЧСС=75 уд/мин. Данных за органическую патологию сердца не выявлено.

**Диагноз и его обоснование**

На основании:

-жалоб на момент осмотра(тошнота, сухость и горечь во рту)

-анамнеза заболевания( в 2014г. поставлен диагноз болезнь Крона, в этом же году проведена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия, в послеоперационном периоде – нагноение послеоперационной раны. Полтора года назад появились дискомфорт и боли в эпигастрии, боли в правом подреберье после употребления жирной пищи, тошнота, рвота с примесью в рвотных массах желчи, сухость и горечь во рту. Тошноту купировала самостоятельно церукалом, при болях принимала но-шпу. В феврале 2019 г. по данным УЗИ желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы выявлены конкременты в желчном пузыре. Обследована, госпитализирована во 2 ХО для планового оперативного лечения.)

-анамнеза жизни( из перенесенных заболеваний отмечает: гепатит С более 20 лет. Операции: в 2009г. – аппендэктомия(с перитонитом), в 2011 г. – геморроидэктомия, в 2013г. – кесарево сечение, в 2014г. – левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия(в послеоперационном периоде нагноение п/о раны).

- данных объективного осмотра (Общие данные: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Вес: 80кг. Рост: 168см. Температура тела: 36,6 С. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Видимые слизистые чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Шейные, подчелюстные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме.

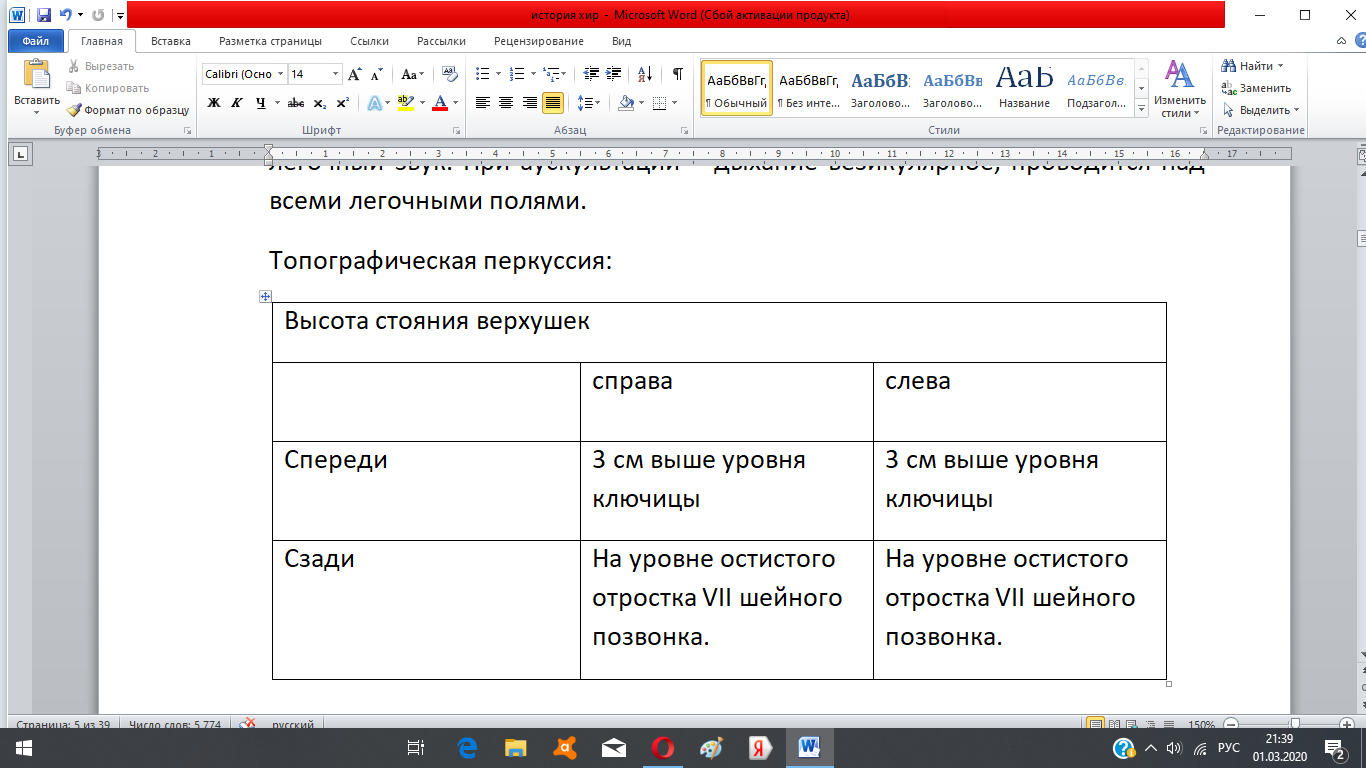
Психический статус: сознание ясное, речь не нарушена.

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

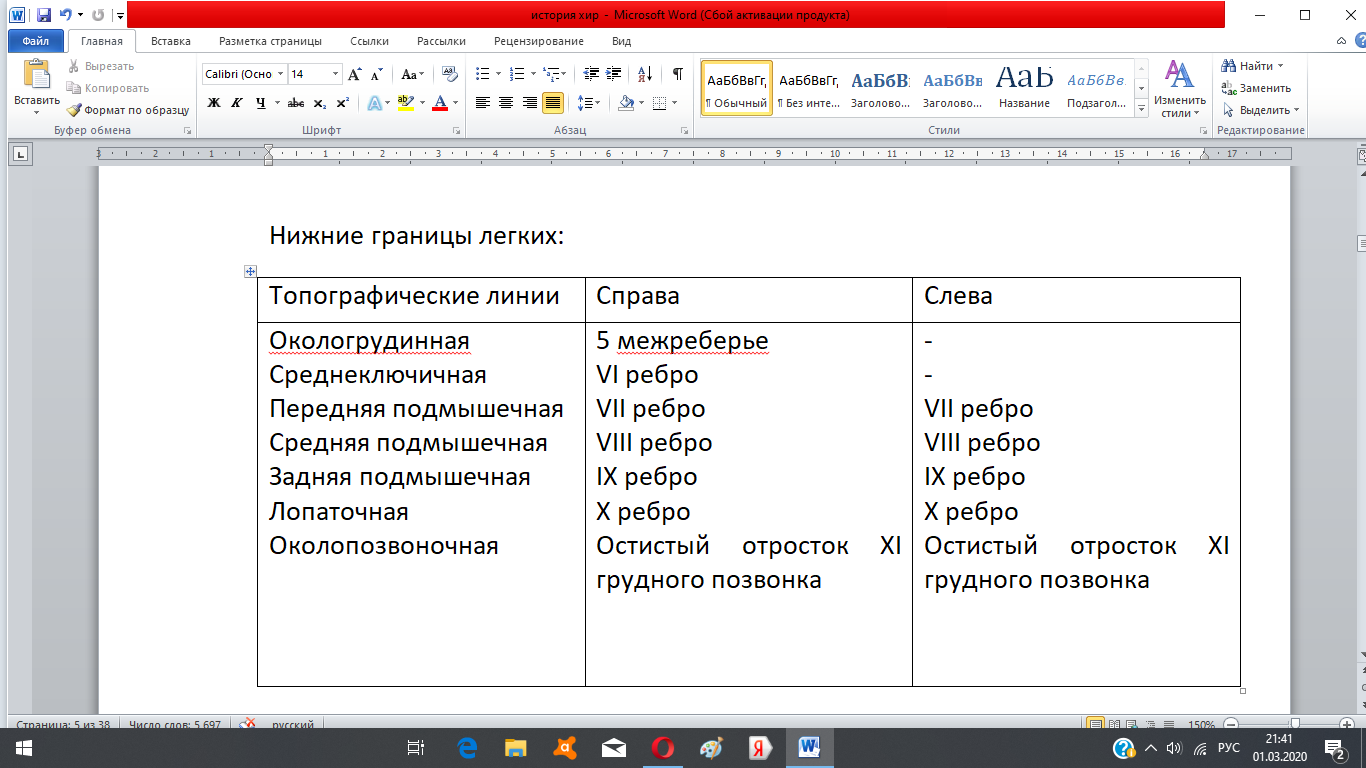
Эндокринная система: щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется. Молочные железы нормального развития, мягкие, безболезненные.

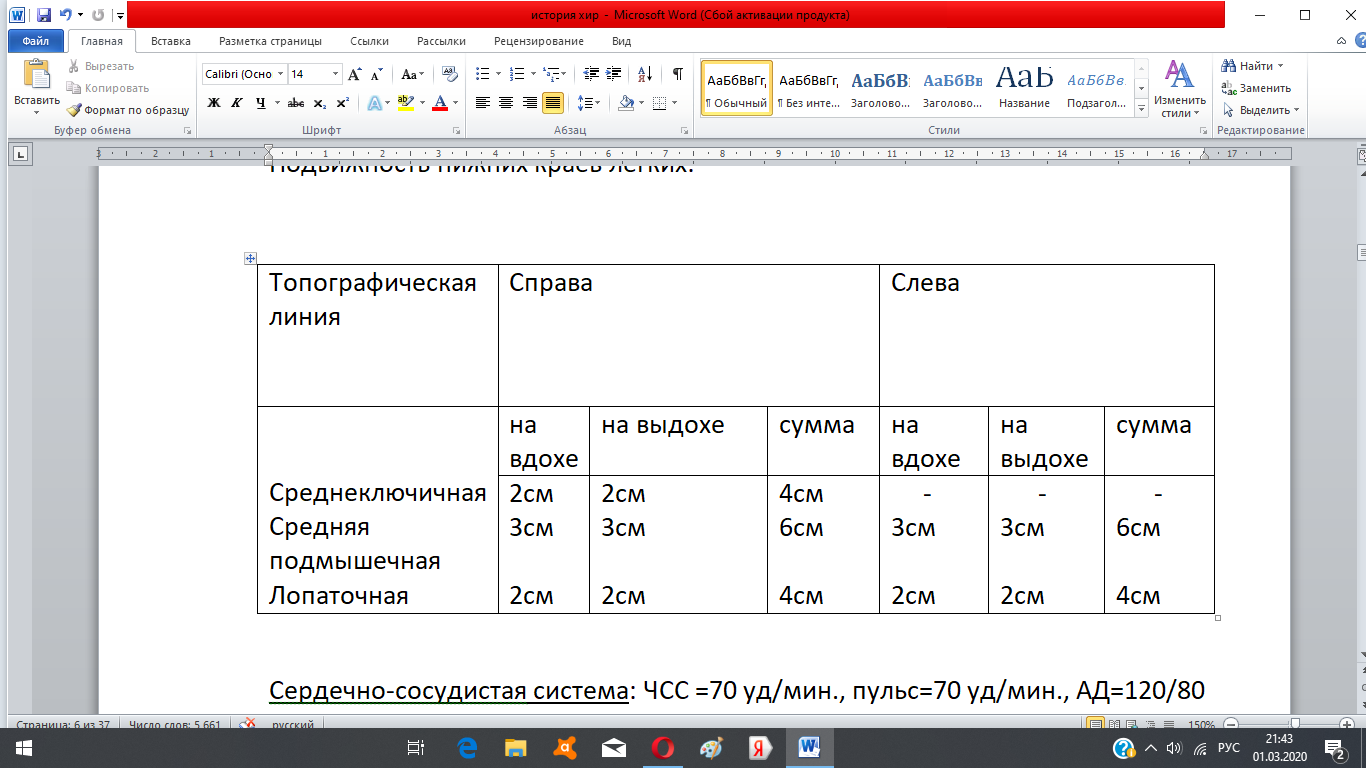
Органы дыхания: ЧДД=16 в мин., ритмичное. Грудная клетка правильной формы. При пальпации – межреберные промежутки безболезненные. Грудная стенка эластична. Голосовое дрожание над всеми полями легочной ткани - без патологии. При перкуссии – по всем легочным полям ясный легочный звук. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями.

Топографическая перкуссия:



Нижние границы легких:



Подвижность нижних краев легких:Сердечно-сосудистая система: ЧСС =70 уд/мин., пульс=70 уд/мин., АД=120/80 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 – 5 см.

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 – 70 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 (Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Видимые слизистые розового цвета, чистые. Миндалины не увеличены, чистые, розовые. При осмотре – живот не вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Имеются послеоперационные рубцы по средней линии живота от мечевидного отростка и ниже пупка, в правой подвздошной области без признаков воспаления. При пальпации – мягкий, слабо болезненный в правом подреберье, доступен глубокой пальпации. Патологические образования не пальпируются. Симптомы острого холецистита( симптом Ортнера: болезненность справа при поколачивании по реберной дуге, френикус-симптом: болезненность в правом подреберье при надавливании на ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, симптом Кера: болезненность при пальпации в точке желчного пузыря), острого панкреатита(симптом Воскресенского: отсутствие пульсации на брюшной части аорты, симптом Мейо-Робсона: болезненность в левом реберно-позвоночном углу) и симптомы раздражения брюшины( симптом Щеткина-Блюмберга: при быстром снятии руки после надавливания на брюшную стенку больной ощущает внезапное усиление боли, симптом Воскресенского усиление боли при быстром проведении рукой скользящих движений от реберной дуги до паховой связки) отрицательные. Определяются грыжевые выпячивания по ходу послеоперационного рубца при натуживании диаметром 30\*3 см, вправляемое в брюшную полость. Дефект в апоневрозе 30\*2 см.

При перкуссии - при перкуссии живота отмечается тимпанит. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена. Видимого увеличения печени нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, гладкая, безболезненная, мягко-эластической консистенции.

Размеры печени по Курлову:

по правой окологрудинной линии - 9 см;

по правой среднеключичной линии – 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

Видимого увеличения селезенки нет. При пальпации селезенка не определяется.

При аускультации – перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная.

Физиологические отправления: стул регулярный, по колостоме в левом мезогастрии.

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

-дополнительных исследований( УЗИ желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы: конкременты в желчном пузыре. Колоноскопия: эндоскопическая картина диверсионного проктита( на фоне язвенного колита в минимальной степени активности)).

Можно выставить диагноз:

**Основной:** вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

**Сопутствующий:** болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.2017г. Одноствольная трансверзостома. Хронический вирусный гепатит С.

**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, осложненной кровотечением, геморрагическим шоком и анемией – 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 желчного 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 и лечения**

**План обследования:**

- HCV

- РАК, ОАМ, б/х крови (для контроля эффективности лечения)

- УЗИ органов брюшной полости (для контроля Эффективности лечения)

-колоноскопия с биопсией

-ЭРХПГ

**План лечения:**

Диета №5

Режим: палатный

Плановое оперативное лечение: Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Пластика грыжевого дефекта синтетическим эндопротезом.

В премедикацию: Цефазолин 2,0 ( В/в в 20мл физ. раствора за 30мин. до операции, после пробы!)

Rp.: Cephazolini 2,0

D.t.d. №20 in flac.

S. В/в по 2,0 г в 20 мл физ.р-ра за 30 мин. до операции

В послеоперационный период:

Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml

D.t.d.10 amp.

S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день

Для лечения сопутствующей патологии:

Rp: Tab. Mesalazini 0,5

D.t.d: №10 in tab.

S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.

Rp: Supp. Mesalazini 0,1

D.t.d: №10

S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день

При болях в кишечнике:

Rp.: Tab. Trimebutini 0,2

D.t.d: №20

S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды

**Предоперационный эпикриз**

ФИО: Полуляхова Инна Анатольевна

Дата и время поступления: 17.02.2020 08:56

**Диагноз и его обоснование:** вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

(Жалобы на давящие боли и дискомфорт в эпигастральной области и правом подреберьи, тошноту и рвоту с примесью желчи, горечь во рту. В анамнезе операции: в 2009г. – аппендэктомия(с перитонитом), в 2011 г. – геморроидэктомия, в 2013г. – кесарево сечение, в 2014г. – левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия(в послеоперационном периоде нагноение п/о раны). По данным пальпации: грыжевые выпячивания по ходу послеоперационного рубца при натуживании диаметром 30\*3 см, вправляемое в брюшную полость. Дефект в апоневрозе 30\*2 см. По данным УЗИ желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы: конкременты в желчном пузыре.)

Показания к операции: диагноз: вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

План и предполагаемый объем операции: Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Пластика передней брюшной стенки синтетических эндопротезом.

Метод анестезии: общая

Группа крови и резус: А II Rh+

Согласие больного: получено

Премедикация:

В/м за 30 мин. до операции:

Sol. Atropini 0,1% -0,5ml

Sol. Cloropiramini 1ml

Sol. Trimeperidini 2% - 0,1ml

Rp.: Sol. Natrii chloride 0,9% - 20ml

Cefasolini 2,0

D.t.d: №10

S:В/в за 30мин. до операции, после пробы!

**Протокол операции**

Дата начала операции: 20.02.2020

Время начала операции: 09:10

Дата окончания операции 20.02.2020

Время окончания операции: 11:10

Продолжительность: 120мин.

Оценка интраоперационной кровопотери: 40мл.

Срочность: плановая

Анестезия: общая

**Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Дренирование подпечёночного пространства. Пластика передней брюшной стенки синтетических эндопротезом BARD 30\*30см в позиции SUBLAY. Дренирование межапоневротического пространства.**

В операционной, обработка рук хирургов и операционного поля антисептиком трижды. Двумя окаймляющими разрезами иссечен старый послеоперационный рубец от мечевидного отростка грудины до лона. Гемостаз. Апоневроз по ходу рубца истончен. В подкожной клетчатке в в/3 и ср/3 выделены 2 грыжевых мешка до 3,0 см. Содержимого в грыжевых мешках нет. Иссечены грыжевые мешки. Дефекты в апоневрозе до 2,5см. Вскрыта брюшная полость. В брюшной полости умеренный спаечный процесс – большой сальник подпаян к передней брюшной стенке по ходу послеоперационного рубца. Сращения разделены моно- и биполярной коагуляцией. Имеются единичные плоскостные между петлями тонкой кишки. Сращения разделены. Левый боковой канал запаян.

Желчный пузырь 7\*3\*3 см, не напряжен, в просвете определяются подвижные конкременты до 1,0 см. Выделены, идентифицированы пузырный проток и артерия. Визуализирован холедох до 0,5см. Пузырный проток до 0,2 м. Пузырный проток взят на зажимы, пересечен, перевязан дважды. Пузырная артерия взята на зажимы, пересечена, перевязана. Желчный пузырь отсечен от печени монополярным ножом. Гемостаз удовлетворительный. Иссечены края апоневроза. Вскрыто влагалище прямых мышц живота. Тщательный гемостаз. Общий дефект в апоневрозе 30\*5 см.

При контрольном осмотре – признаков кровотечения и желчеистечения нет. Дефицита операционного белья и инструментария нет.

Через отдельную контрапертуру в правом подреберье установлен ПВХ-трубчатый дренаж под печень, дренаж фиксирован к коже лавсаном.

Нижний листок апоневроза ушит край в край нитью PDS 1-0 без натяжения. Эндопротез - сетка Bard Soft Mesh 30\*30см, помещен между листками апоневроза под мышцы, фиксирован к нижнему листку непрерывно нитью Prolen 3-0. Через отдельную контрапертуру в правой подвздошной области над эндопротезом установлен дренаж Блейкдрейна, дренаж фиксирован к коже лавсаном. Верхний листок апоневроза ушит непрерывно край в край без натяжения нитью Этилон 1-0.

Подкожно-жировая клетчатка ушита викрилом. Скобы на кожу. Спирт на кожу. Ас. повязки. Критерии безопсности хирургического вмешательства выполнены полностью.

Препарат для исследования:

№1: желчный пузырь 7\*3\*3см, стенки до 0,3 см, в просвете желчь, конкременты до 1,0 см.

№2: послеоперационный рубец с грыжевыми мешками

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние пациента | Назначения |
| 18.02.2020  20.02.2020 Ранний послеоперационный период после операции Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Дренирование подпечёночного пространства. Пластика передней брюшной стенки синтетических эндопротезом BARD 30\*30см в позиции SUBLAY. Дренирование межапоневротического пространства.  21.02.2020 1-е сутки после операции  22.02.2020 2-е сутки после операции  23.02.2020 3-и сутки после операции  24.02.2020  25.02.2020  26.02.2020  27.02.2020  28.02.2020 | Жалобы: на тошноту.  Состояние удовлетворительное.  Т тела=36,6 С  Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.  Отеки: отсутствуют.  ЖКТ: язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, слабо болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: по колостоме в норме.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=70 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: соответствует срокам и тяжести оперативного вмешательства.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.  Status localis: повязки передней брюшной стенки сухие, по дренажу до 60 мл серозно-геморрагического отделяемого.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: стабильное.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.  Status localis: повязки передней брюшной стенки сухие, по дренажу до 60 мл серозно-геморрагического отделяемого.  Пациентке выполнена ЭРХПГ,ПСТ. На холангиографии выявлен затек контраста из проекции 5 сегмента печени( проекции ложа желчного пузыря – ход Люшка).  Дебет желчи с момента последнего осмотра до 10 мл.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: ближе к удовлетворительному.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.  Status localis: перевязка: повязки сухие. П/о швы без признаков воспаления. По дренажу в правом подреберье до 10мл серозно-желчного отделяемого. По дренажам Блейкдрейна до 100мл серозно-геморрагического отделяемого.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: ближе к удовлетворительному.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. По трубчатому дренажу из правой подреберной области отделяемого практически нет.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: ближе к удовлетворительному.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. По трубчатому дренажу из правой подреберной области отделяемого практически нет. Дренажи убраны.  Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.  Состояние: ближе к удовлетворительному.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, симптомы раздражения брюшины отрицательные.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. Повязки сухие.  Жалобы: не предъявляет.  Состояние: удовлетворительное.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. Повязки сухие.  Жалобы: не предъявляет.  Состояние: удовлетворительное.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. Повязки убраны.  Жалобы: не предъявляет.  Состояние: удовлетворительное.  Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.  ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.  Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.  ЖКТ: живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.  Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. | 1.Стол №5  2.Режим: палатный  3. Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 0  2.Режим: палатный  3.Ежедневные перевязки  4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml  D.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день    Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 0  2.Режим: палатный  3.Ежедневные перевязки  4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml  D.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день    Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 1А  2.Режим: палатный  3.Ежедневные перевязки  4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml  D.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день    Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 1А  2.Режим: палатный  3.Ежедневные перевязки  4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  5. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml  D.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день    Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 1А  2.Режим: палатный  3.Перевязки 2-3 раза в неделю.  4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  5. Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 5  2.Режим: палатный  3.Перевязки 2-3 раза в неделю  4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  5. Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 5  2.Режим: палатный  3.Перевязки 2-3 раза в неделю  4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  5. Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 5  2.Режим: палатный  3.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  4.Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды  1.Стол 5  2.Эластическая компрессия передней брюшной стенки  3. Rp: Tab. Mesalazini 0,5  D.t.d: №10 in tab.  S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.  Rp: Supp. Mesalazini 0,1  D.t.d: №10  S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день  При болях в кишечнике:  Rp.: Tab. Trimebutini 0,2  D.t.d: №20  S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды |

**Выписной эпикриз**

Ф.И.О. Полуляхова Инна Анатольевна

Дата поступления:17.02.2020

**Диагноз и его подтверждение:** Основной: вправимая послеоперационная вентральная грыжа. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

Сопутствующий: болезнь Крона толстой и тонкой кишки с поражением терминального отдела подвздошной кишки, прямой и поперечно-ободочной кишки, тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение. Стероидорезистентность. Состояние после левосторонней гемиколэктомии от 01.06.2017г. Одноствольная трансверзостома. Хронический вирусный гепатит С. Диагноз подтвержден на основании: жалоб, анамнеза, дополнительных методов обследования и операции.

Послеоперационный период протекал без осложнений. После проводимого лечения (операции Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Холецистэктомия. Дренирование подпечёночного пространства. Пластика передней брюшной стенки синтетических эндопротезом BARD 30\*30см в позиции SUBLAY. Дренирование межапоневротического пространства.) у больной наблюдается значительное улучшение общего самочувствия.

Рекомендовано:

-дальнейшее наблюдение у хирурга, гастроэнтеролога, и инфекциониста по месту жительства, лечение гепатита С

-соблюдение диеты( питаться 5-6 раз в день порциями не больше 200г, исключить из употребления острое, жирное, жареное, копчености, томаты, яйца,капусту, алкоголь, цитрусовые)

-уход за стомой

-продолжать прием следующих препаратов:

Rp: Tab. Mesalazini 0,5

D.t.d: №10 in tab.

S: Внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды.

Rp: Supp. Mesalazini 0,1

D.t.d: №10

S:Ректально по 1 суппозиторию 2 раза в день

При болях в кишечнике:

Rp.: Tab. Trimebutini 0,2

D.t.d: №20

S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды