**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

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

Заведующий кафедрой: Черданцев Дмитрий Владимирович

Преподаватель: Коваленко Альберт Александрович

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Диагноз основной:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

**Диагноз сопутствующий:** Гипертоническая болезнь Ⅲ ст. Риск 4. Аневризма восходящего отдела аорты. СД 2 типа. Хроническая ишемия мозга смешенного генеза с когнитивными, вестибуло-атаксическими нарушениями.

Куратор: студентка 4 курса 431 группы лечебного факультета

Мкртчян Джемма Кероповна

Дата курации: 09.02.2019 г.

Красноярск 2019

**ЖАЛОБЫ**

На момент курации пациентка жалуется на тяжесть в правом подреберье, которая началась неделю назад после погрешности в диете.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Впервые заболевание началось в 1981г., у больной после приема пищи начались ноющие, сильные боли в правом подреберье, после чего она обратилась в больницу г. Сосновоборск, где ей выставили диагноз – острый калькулезный холецистит. Пациентка начала проходить лечение, после которого стала хорошо себя чувствовать. В 2015г. больную начала беспокоить одышка при физической нагрузке, из-за которой она обратилась в больницу г. Сосновоборск. В ходе обследования выявили аневризму восходящего отдела аорты и камень в желчном пузыре. С тех пор, каждые 6 месяцев пациентка проходила плановое обследование по поводу ЖКБ и Аневризмы аорты. В январе 2019г. после погрешности в диете у больной появились опоясывающие боли в животе и рвота, вызвав СМП была доставлена в больницу г. Сосновоборск, где после повторного обследования было назначено лечение. В мае 2018г. проходила лечение в 4 КО ККБ по поводу аневризмы восходящего отдела аорты. Планировалось оперативное лечение, однако, первым этапом было решено проведение холецистэктомии. 7 февраля 2019г. планово госпитализирована в 1 ХО ККБ для проведения холецистэктомии. Назначена операция на 11.02.2019г.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась 18.02.1951г. в селе Нарово в многодетной семье. Родилась доношенной, роды прошли без осложнений. Материально-бытовые условия в раннем возрасте удовлетворительные. Развивалась соответственно возрасту и полу. Болела только простудными заболеваниями. Закончила 8 классов, поступила в училище, отучилась на крановщика. Работала 28 лет. В 49 лет вышла на пенсию. Анамнез ВТЭ отсутствует. Отрицает: туберкулез, гепатиты, онкологические и инфекционные заболевания.

Гинекологический анамнез: 19 беременностей, 3 родов, 1 выкидыш, 15 абортов. Менструальный цикл был регулярным. Менопауза наступила в 43 года.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Гемотрансфузионный анамнез: отсутствует.

С 60 лет болеет СД 2 типа. С 30 лет болеет гипертонической болезнью Ⅲ ст. Риск 4., максимальные цифры АД доходили до 220/100 мм.рт.ст., адаптирована к АД= 120/80-130/80 мм.рт.ст. Из антигипертензивных препаратов принимает эналаприл. У пациентки имеется хроническая ишемия мозга смешенного генеза с когнитивными, вестибуло-атаксическими нарушениями.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность не отягощена.

**Данные объективного исследования**

Сознание: ясное. Память и внимание: снижены. Положение больного: активное. Общее состояние: средней тяжести. Голова: форма – правильная; размеры – среднего размера. Выражение лица: обычное. Шея: обычной формы. Телосложение: правильное гиперстеническое. Вес:96 (кг), рост 155(см), ИМТ 39,9. Температура: 36.7. АД 130/80 мм.рт.ст., пульс 65 уд/мин.

Кожные покровы и придатки кожи. Цвет: бледно-розовый. Депигментация кожи: нет. Напряжение и эластичность кожи: удовлетворительная. Подкожные кровоизлияния и их локализация: нет. Степень влажности: умеренная. Высыпания: нет. Рубцы: нет. Варикозное расширение: нет. Ногти: форма неизмененные, цвет: розовый, исчерченность: нет, ломкость: нет.

Слизистые оболочки. Цвет: розовый. Энантема: нет. Налеты на языке: белый налет. Налеты на миндалинах и тканях зева: нет

Подкожная клетчатка.

Развитие подкожно-жирового слоя: выраженное. Место наибольшего отложения жира на животе. Отеки: нет

Лимфатические узлы: Не пальпируются.

Мышцы.

Степень развития мускулатуры: нормальная. Тонус: умеренный. Наличие контрактур: нет. Болезненность мышц при пальпации: нет

Кости.

Деформация, искривление: нет. Акромегалия: нет. "Барабанные" пальцы, утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног: нет. Болезненность при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа): нет

Суставы.

Конфигурация: не изменена. Гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава: нет. Движения: активные и пассивные свободные. Болезненность при пальпации и при пассивных движениях: нет. Хруст, флюктуация: нет

Исследование нервной системы.

Обоняние, вкус: не нарушены. Величина зрачков, анизокория, реакция зрачков на свет, аккомодация, конвергенция: в норме. Острота зрения: понижена. Слух и вестибулярный аппарат: в норме. Координация движений не нарушена. Судороги, дрожание: нет. Дермографизм: нет. Ригидность затылочных мышц: нет

Органы дыхания.

Нос: без патологии. Голос: нормальный.

Осмотр и пальпация грудной клетки: тип дыхания: брюшной, глубина и ритм дыхания: нормальное, ритмичное, число дыхательных движений в минуту: 16, форма грудной клетки: нормальная гиперстеническая, ассимметрия грудной клетки: нет, искривление позвоночника: нет, западание над- и подключичных пространств: нет, ширина межреберных промежутков: в норме, положение лопаток: нормальное прилегание, симметричность движений грудной клетки при дыхании: равномерное, болезненность при пальпации с указанием локализации: нет, определение резистентности грудной клетки: в норме, определение голосового дрожания: в норме, трение плевры на ощупь: нет

Перкуссия легких: данные сравнительной перкуссии: над различными областями грудной клетки ясный легочный звук, данные топографической перкуссии: а) высота стояния верхушек легких спереди(4 см левое, 4,5 см правое) и сзади(4 см левое, 4,5 см правое);б) ширина полей Кренига(7 см левое, 8 правое); в) определение нижних границ легких:

L. parasternalis 5м/р

L. mediaclavicularis 6 р

L. axilaris anterior 7 р 7 м/р

L. axilaris media 8 р 8 м/р

L. axilaris posterior 9 р 9 м/р

L. scapularis 10 р 10 м/р

L. paravertebralis ост. отр. 11 гр.п. ост. отр. 11 гр.п.

Определение подвижности легочных краев на вдохе и выдохе:

Справа:

L. mediaclavicularis(5см)

L. axilaris media(7см)

L. scapularis(6см)

Слева:

L. axilaris media(7 см)

L. scapularis(5см)

- пространство Траубе: сохранено

6. Аускультация легких: характер основного дыхательного шума в разных местах грудной клетки: везикулярное дыхание над всеми полями; шум трения плевры, крепитация, шум плеска: нет, бронхофония: в норме

Органы кровообращения.

Осмотр и пальпация области сердца и сосудов: выпячивание сердечной области (сердечный горб): нет; видимая пульсация (верхушечный толчок, надчревная пульсация и др.) : нет; верхушечный толчок: в 5 м/р по среднеключичной линии, положительный, нормальный, локализованный, нормальной высоты; сердечный толчок: нет; шум трения перикарда: нет.

Перкуссия сердца:

Относительная сердечная тупость:

Правая граница: в 4 м/р по правому краю грудины

Левая граница: в 5 м/р по среднеключичной линии

Верхняя граница: на уровне верхнего края 3 ребра

Абсолютная сердечная тупость:

Правая граница: в 4 м/р по левому краю грудины

Левая граница: на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

Верхняя граница: по нижнему краю 4 ребра

- поперечник сердечной тупости: справа в 1V м/р + слева в Vм/р = 4+10=14;

- конфигурация сердца сглаженная

- ширина сосудистого пучка 6 см

Аускультация сердца, оценка тонов в 5-ти классических точках: тоны: ритмичные, приглушенные, частота сердечных сокращений: 65 уд/мин, шумы: нет.

Исследование артерий: видимая пульсация: нет; степень плотности: норма; пульс: наполнение нормальное, напряжение нормальное, величина нормальная, ритмичный, частота: 65 уд/мин, наличие дефицита пульса: нет; капиллярный пульс: в норме; данные аускультации артерий: норма.

Состояние вен: набухание и видимая пульсация шейных вен: нет; венный пульс, шум волчка: нет.

Органы пищеварения.

Полость рта: запах изо рта: нет. Язык: нормальной величины, розовый, влажный, с белым налетом. Зубы: кариес. Десны: розовые, безболезненные, без изменений. Мягкое и твердое небо: розовые, без изменений. Зев розовый, без изменений. Миндалины: нормальной величины, розовые, без изменений.

Исследование живота: конфигурация: обычная, симметричная; состояние средней линии живота, пупка, паховых областей: в норме; видимая перистальтика: нет; участие брюшной стенки в дыхательных движениях, наличие расширенных подкожных вен: нет; ориентировочная поверхностная пальпация: норма; симптомы острого холецистита: отрицательные, данные перкуссии живота; наличие свободной жидкости (асцит) и ее уровень, шум плеска: отрицательно; аускультация кишечника: перистальтика прослушивается, шум трения брюшины: нет.

Печень: видимое увеличение области печени и ее пульсация: нет; пальпация: пальпируется, перкуссия: размеры по Курлову: Первый (расстояние между I и II точками) 10 см. Второй (между III и IV точками) 9 см. Третий (косой) (между III и V точками) 8 см.

Селезенка: не пальпируется.

Органы мочевыделения.

Осмотр поясничной области (наличие припухлости поясничной области,

сглаживание контуров, выбухание, гиперемия кожи) : нет. Пальпация почек: не смещаются. Болевые точки мочеточников безболезненны. Болезненность при постукивании поясничной области (симптом Пастернацкого) отрицательный. Данные пальпации и перкуссии мочевого пузыря: в норме.

Эндокринная система.

Нарушение роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела: нет. Состояние кожи: в норме. Осмотр и пальпация щитовидной железы; ее величина, консистенция, болезненность, подвижность. Глазные симптомы (экзофтальм, симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага) отрицательные. Вторичные половые признаки в норме. Соответствие физического и умственного развития возрасту: соответствует.

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС**

Осмотр полости рта: При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Язык обычной величины и формы, расположен по средней линии, розовой окраски, влажный, обложен белым налетом. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, слизистая розового цвета, налетов и гнойных пробок нет.

Осмотр живота: При осмотре живот не вздут, увеличен за счет ПЖК, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Диастаза прямых мышц живота нет.

Пальпация живота: живот мягкий, безболезненный по всем отделам, доступен глубокой пальпации. Защитного напряжения передней брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптомы: Ортнера, Кера, Мерфи, френикус-симптом отрицательные.

Ориентировочная перкуссия живота: живот не вздут. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена. Размеры печени по Курлову: 10:9:8см.

Аускультация живота: выслушивается удовлетворительная кишечная перистальтика (от 8 до 12 кишечных шумов). Патологических кишечных шумов нет. Селезенка: поперечник 5см, длинник 7см. Глубокая бимануальная пальпация — не пальпируется.

Per rectum: Тонус сфинктера: сохранен; Ампула: свободная; Нависания, болезненность стенок кишки: не определяется; Патологические образования достижимые пальцем: не определяются. Стул: регулярный, безболезненный.

На основании жалоб больного, анамнезе заболевания, данных объективного обследования, локального статуса можно поставить **Предварительный диагноз:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ**

**МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (лабораторные и инструментальные)**

1. ЭКГ

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 82, горизонтальная ось сердца.

1. УЗИ органов брюшной полости и почек

Внутрипеченочные протоки не расширены. Холедох 0,6 см. Стенки желчного пузыря 0,3 см, просвет с конкрементом d= до 3 см.

1. Общий анализ мочи

Цвет светло-желтый

Белок -

**Удельный вес <1005<**

**Кровь следы**

Билирубин не обнаружено

1. Биохимический анализ крови и исследование уровня билирубина

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 65,60 г/л |
| **Глюкоза** | **6,22 ммоль/л** |
| **Амилаза** | **17 Ед/л** |
| Мочевина | 6,20 ммоль/л |
| АЛТ | 13,2 Ед/л |
| АСТ | 16,1 Ед/л |
| Билирубин общий | 12,20 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 1,60 мкмоль/л |
| Билирубин непрямой | 10,60 мкмоль/л |

1. Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WBC | 4,61 10^9/л | **MCH** | **31,9 пг** |
| RBC | 3,98 10^12/л | MCHC | 323 г/л |
| HGB | 127 г/л | **RDW-SD** | **50,3 фл** |
| HCT | 39,3% | PLT | 155 10^9/л |
| MCV | 98,7 фл | PCT | 0,190% |
| Нейтрофилы | 51,1% | Эозинофилы | 1,10% |
| **Лимфоциты** | **38,60%** | Базофилы | 0,70% |
| Моноциты | 8,50% | Незрелые гран. | 0,2% |

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**На основании:**

- Жалоб больного- на тяжесть в правом подреберье, которая началась неделю назад после погрешности в диете.

- Данных анамнеза заболевания - впервые заболевание началось в 1981г., у больной после приема пищи начались ноющие, сильные боли в правом подреберье, после чего она обратилась в больницу г. Сосновоборск, где ей выставили диагноз – острый калькулезный холецистит. Пациентка начала проходить лечение, после которого стала хорошо себя чувствовать. В 2015г. больную начала беспокоить одышка при физической нагрузке, из-за которой она обратилась в больницу г. Сосновоборск. В ходе обследования выявили аневризму восходящего отдела аорты и камень в желчном пузыре. С тех пор, каждые 6 месяцев пациентка проходила плановое обследование по поводу ЖКБ и Аневризмы аорты. В январе 2019г. после погрешности в диете у больной появились опоясывающие боли в животе и рвота, вызвав СМП была доставлена в больницу г. Сосновоборск, где после повторного обследования было назначено лечение. В мае 2018г. проходила лечение в 4 КО ККБ по поводу аневризмы восходящего отдела аорты. Планировалось оперативное лечение, однако, первым этапом было решено проведение холецистэктомии. 7 февраля 2019г. планово госпитализирована в 1 ХО ККБ для проведения холецистэктомии. Назначена операция на 11.02.2019г.

- Данных объективного исследования - сознание ясное; память и внимание снижены; положение больного активное. Вес:96 (кг), рост 155(см), ИМТ 39,9. Температура: 36.7. АД 130/80 мм.рт.ст., пульс 65 уд/мин.

- Локального статуса- *Осмотр полости рта:* При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Язык обычной величины и формы, расположен по средней линии, розовой окраски, влажный, обложен белым налетом. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, слизистая розового цвета, налетов и гнойных пробок нет.

*Осмотр живота:* При осмотре живот не вздут, увеличен за счет ПЖК, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Диастаза прямых мышц живота нет.

*Пальпация живота:* живот мягкий, безболезненный по всем отделам, доступен глубокой пальпации. Защитного напряжения передней брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптомы: Ортнера, Кера, Мерфи, френикус-симптом отрицательные.

*Ориентировочная перкуссия живота*: живот не вздут. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена. Размеры печени по Курлову: 10:9:8см.

*Аускультация живота:* выслушивается удовлетворительная кишечная перистальтика (от 8 до 12 кишечных шумов). Патологических кишечных шумов нет.

*Селезенка:* поперечник 5см, длинник 7см. Глубокая бимануальная пальпация — не пальпируется.

*Per rectum*: Тонус сфинктера: сохранен; Ампула: свободная; Нависания, болезненность стенок кишки: не определяется; Патологические образования достижимые пальцем: не определяются. Стул: регулярный, безболезненный.

- Дополнительных обследований ( на узи в просвете желчного пузыря конкремент d= до 3 см.)

Можно установить:

**Основной диагноз:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. **Сопутствующий диагноз:** Гипертоническая болезнь Ⅲ ст. Риск 4. Аневризма восходящего отдела аорты. СД 2 типа. Хроническая ишемия мозга смешенного генеза с когнитивными, вестибуло-атаксическими нарушениями.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА** Дифференциальную диагностику ЖКБ, Хронического калькулезного холецистита будем проводить со следующими заболеваниями, ввиду их схожей клинической симптоматики:

* Острый холангит – это неспецифическое воспаление внутрипеченочных или внепеченочных желчевыводящих протоков. Характеризуется триадой симптомов – быстрым повышением температуры до фебрильных цифр, сильными болями под правым подреберьем, желтухой.
* Острый аппендицит – острый неспецифический процесс воспаления червеобразного отростка - придаточного образования слепой кишки. Клиника острого аппендицита манифестирует с появления тупой боли в надчревной области, которая затем смещается в правую подвздошную область; отмечаются тошнота, рвота, субфебрилитет.
* Острый панкреатит – заболевание поджелудочной железы воспалительного характера. При развитии панкреатита больной отмечает острую боль в верхней трети живота, которая может отдаваться в поясницу. Часто панкреатит сопровождается неукротимой рвотой желчью, ростом температуры тела, общей слабостью и головокружением.
* Правосторонний пиелонефрит - это воспалительное заболевание, при котором поражается чашечно-лоханочная система и паренхима почек. Клиническая картина острого или обострения хронического пиелонефрита, как правило, разворачивается быстро, в течение нескольких часов. Характерна лихорадка до 38-39°С с ознобом, головной болью, ломотой в мышцах. Через некоторое время присоединяется болезненность в поясничной области.
* Язвенная болезнь желудка и ДПК - это хроническое сезонное рецидивирующее заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки, проявляющееся дефектом в слизистой оболочке (язвы). Симптомы заболевания: ноющие или схваткообразные боли, слабоинтенсивные в эпигастральной области, чаще возникают натощак или непосредственно после еды, постоянная изжога, особенно в ночные и утренние часы, отрыжка кислым, тошнота, отрыжка воздухом, кислым или горьким привкусом, тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, чувство быстрого наполнения желудка, снижение аппетита.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Стол №9
2. Режим отделения
3. Лапароскопическая холецистэктомия 11.02.2019г.
4. Ингибиторы АПФ

Rp.: Tabl. Enalaprili 0,01

D.t.d. №.30

S. Принимать внутрь по 1 таб. 2 р/д

до следующего обращения к кардиологу

1. Бета-адреноблокаторы

Rp.: Tabl. Bisoprololi 0,005

D.t.d. №. 30

S. Принимать внутрь по 1/2 таб. 1 р/д

до следующего обращения к кардиологу

1. Статины

Rp.: Tabl. Atorvastatini 0,02

D.t.d. №. 30

S. Принимать внутрь по 1 таб. 1 р/д

до следующего обращения к кардиологу

1. Рекомендовано на ночь перед операцией разово принять Tabl. Phenazepami 0,001 – 1 таб. Per os.
2. Премедикация за 30-40 мин до операции, в/м Sol.Promedoli 2%-1ml

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

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Дата поступления: 07.02.2019г.

Основной диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Планируется оперативное вмешательство под общей анестезией.

Пациент предупрежден о времени последнего приема пищи, о характере премедикации, о том, что в операционной анестезиолог проведет пункцию и катетеризацию периферической вены, а при необходимости центральной вены. Будут наложены электроды ЭКГ, датчик пульсоксиметрии, манжета для измерения АД. На все манипуляции получено согласие.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Под наркозом после обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина произведен срединный кожный разрез под пупком до 1,0 см и прокол брюшной стенки иглой Вереша. Карбоксиперитонеум. Установлен троакар под пупком, введен эндоскоп. Установлены три троакара в типичных точках.   
При ревизии ж/пузырь 7,0 х 4,0 х 3,0 см, обычного цвета, не напряжен, в просвете определяется подвижный конкремент до 3,0 см.   
  
Монополярным диссектором выделены, индентифицированы пузырные проток и артерия. Последний до 0,3 см в диаметре.   
  
D. сysticus клипирован трижды, пересечен с оставлением двух клипс на его культе. А. сysticа клипирована дважды, пересечена между клипс. Холецистэктомия от шейки монополярным крючком. Монополярная э/коагуляция ложа ж/пузыря. Гемостаз удовлетворительный.   
Желчный пузырь извлечен из брюшной полости через эпигастральный порт.   
Контроль на гемостаз.   
Через латеральную троакарную рану установлен сигнальный трубчатый дренаж под печень.   
Карбоксиперитонеум ликвидирован. Троакары извлечены.   
Швы на раны. Спирт на кожу. Ас. повязки.   
Препарат для исследования:   
Ж/пузырь 8 х 4 х 3 см, стенка до 0,3 см, в просвете желчь, конкремент до 3,0 см.   
Диагноз:  
ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. 

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние пациента | Лечение |
| 09.02.2019г | На момент осмотра состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 ℃. Жалобы на тяжесть в правом подреберье.  Дыхательная система: ЧДД 16 в мин, перкуторно: ясный легочный звук.  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 65 уд. в мин, АД 130/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ритмичные.  Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, покрыт белым налетом; живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут, участвует в акте дыхания; симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: по краю реберной дуги. Перистальтика кишечника: удовлетворительная. Стул регулярный, оформленный. | 1. Стол №9 2. Режим отделения 3. Ингибиторы АПФ   Rp.: Tabl. Enalaprili 0,01  D.t.d. №.30  S. Принимать внутрь по 1 таб. 2 р/д  до следующего обращения к кардиологу   1. Бета-адреноблокаторы   Rp.: Tabl. Bisoprololi 0,005  D.t.d. №. 30  S. Принимать внутрь по ½ таб. 1 р/д  до следующего обращения к кардиологу   1. Статины   Rp.: Tabl. Atorvastatini 0,02  D.t.d. №. 30  S. Принимать внутрь по 1 таб. 1 р/д  до следующего обращения к кардиологу |
| 11.02.2019г | Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,3℃. Жалобы на умеренные боли в области троакарных ран, дренажа  Дыхательная система: ЧДД 18 в мин, перкуторно: ясный легочный звук.  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 75 уд. в мин, АД 130/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ритмичные.  Мочеиспускание в норме. Отеков нет.  Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, чистый; живот при пальпации: мягкий, умеренно болезненный в области троакарных ран, дренажа, не вздут, участвует в акте дыхания; симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: по краю реберной дуги. Перистальтика кишечника: удовлетворительная. Стул регулярный.  Повязки сухие, по дренажу умеренное количество серозно-геморрагического отделяемого. | Проведение лапароскопической холецистэктомии. |
| 12.02.2019г | Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0℃. Жалобы на умеренные боли в области троакарных ран.  Дыхательная система: ЧДД 17 в мин, перкуторно: ясный легочный звук.  Сердечно-сосудистая система: ЧСС 68 уд. в мин, АД 130/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ритмичные.  Мочеиспускание в норме. Отеков нет.  Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, чистый; живот при пальпации: мягкий, умеренно болезненный в области троакарных ран, не вздут, участвует в акте дыхания; симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: по краю реберной дуги. Перистальтика кишечника: удовлетворительная. Стул регулярный.  Повязки сухие. | 1. Стол №5 2. Режим отделения 3. Ингибиторы АПФ   Rp.: Tabl. Enalaprili 0,01  D.t.d. №.30  S. Принимать внутрь по 1 таб. 2 р/д  до следующего обращения к кардиологу |

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Пациентка, поступила 07.02.2019г с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит на плановую лапароскопическую холецистэктомию. На момент курации жаловалась на тяжесть в правом подреберье, при осмотре язык влажный, покрыт белым налетом; живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут, участвует в акте дыхания; симптомы раздражения брюшины: отрицательные; печень при пальпации: по краю реберной дуги. Перистальтика кишечника: удовлетворительная. Стул регулярный, оформленный. После проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, подтвержден. Пациентке было назначено соответствующее лечение. 13.02.2019г была выписана в связи с улучшение самочувствия и наступлением выздоровления.