Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального 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](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=298)

Заведующий кафедрой: дмн, [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2) Черданцев Дмитрий Владимирович

Заведующий отделением: Дятлов В.Ю.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О. пациента: К

Клинический диагноз: острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии.

Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм .

Куратор: Веселова Маргарита Олеговна

Студент 426 группы

Лечебного факультета

Дата заполнения истории болезни: 28.02.2020г

Проверил: [КМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=1&c%5bdegrees%5d=1), [Доцент](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=1)

Коваленко Альберт Александрович

Красноярск

2020

# Паспортная часть

1. ФИО: К
2. Дата и время поступления: 30.01.2020г., в 17:34
3. Дата выписки: 18.02.2020г.
4. Пол: мужской
5. Возраст: 62 года
6. Профессия и место работы: автомеханик, водитель.
7. Место жительства: Красноярский край, р-н Енисейский.
8. Диагноз при поступлении: острый панкреатит алкогольной этиологии
9. Клинический диагноз: острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм.
10. Диагноз при выписке (заключительный диагноз): острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм.
11. Дата и название операции: 31.01.2020. Диагностическая лапароскопия. Ревизия брюшной полости и сальниковой сумки. Дренирование брюшной полости.
12. Исход болезни: улучшение.

# Жалобы

На момент осмотра предъявляет жалобы на боли в левой области живота, слабость.

**Анамнез заболевания**

Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Впервые острые боли в левом подреберье, тошнота, рвота зеленого цвета, не приносящая облегчения появились 20.01.2020г.

27.01.2020г обратился за медицинской помощью, госпитализирован в ХО Енисейской РБ. При поступлении отмечалось снижение диуреза, отсутствие стула в течении 2 дней. Лабораторно отмечается лейкоцитоз более 30, гиперазотемия. На фоне проводимой консервативной терапии отмечается положительная динамика: снижение азотемии, лейкоцитоза, амилазы, увеличение количества мочи. По данным МСКТ брюшной полости имеется отграниченное жидкостное скопление в брюшной полости. По согласованию с зав. отделением гнойной хирургии, пациент сан. авиацией 30.01.2020г. транспортирован в ККБ.

30.01.2020г. в 16:05 поступил в ОАР №6. Состояние тяжелое. Тяжесть обусловлена основным заболеванием, церебральной недостаточностью. Сознание оглушенное. Язык: сухой, обложен. Живот: мягкий, участвует в акте дыхания. Болезненность при пальпации по всем отделам живота. Перистальтика не выслушивается. Мочеиспускание по уретральному катетеру. Гемодинамика стабильная: ЧСС: 76 в 1 минуту; тоны сердца приглушены, АД: 112/63 мм.рт.ст.; ЦВД: отр мм. водн. ст. ЧДД 19 в 1 минуту.

30.01.2020г. в 16:30 переведен в гнойную реанимацию. Без отрицательной динамики. АД: 114/69 мм.рт.ст.; ЧСС: 78 в 1 мин; ЧДД: 19 в 1 мин.; ЦВД: отр мм. водн. ст.

10.02.2020г. переведен в отделение гнойной хирургии. Динамика положительная: уменьшение явлений церебральной недостаточности, уменьшение явлений энцефалопатии, прекращение ИВЛ, снижение проявлений синдрома эндогенной интоксикации, снижение лейкоцитоза, коррекция электролитных нарушений. Состояние средней степени тяжести. В сознании, энцефалопатия. ЧДД 18 в 1 мин. Гемодинамика: ЧСС: 97 в мин., АД: 120/80 мм.рт.ст., ЦВД: 10 мм. водн. ст. Живот не вздут. При пальпации мягкий, болезненный в области установленных дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Повязки сухие.

# Анамнез жизни

Родился в Красноярском крае, р-н Енисейский , п. Новоназимово в срок. Рос и развивался соответственно своему возрасту. Единственный ребенок в семье. Школу окончил в 16 лет. В 1977 году окончил Енисейское ПТУ -13 (лесотехническое училище) по специальности автомеханик. По окончании учебы с 1977 по 1979 проходил воинскую службу в войсках ВПО, в качестве водителя.

В 10 лет переболел ветряной оспой. В детском возрасте болел ОРЗ, ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит, онкологическая патология, ВИЧ, сахарный диабет отрицает.

Операции отрицает.

Отсутствует дистальная фаланга большого пальца левой руки. Со слов пациента, отрубил случайно, при разделке свиньи.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гемотрансфузии отрицает.

Родители умерли рано, семейный анамнез собрать не удалось.

Условия быта удовлетворительные, живет с женой в 2-х комнатной квартире в частном доме. Условия труда хорошие. Профессиональных вредностей не испытывает.

Вредные привычки: курит с 8 лет, алкоголь употребляет в умеренных количествах. Употребление наркотиков отрицает.

Анамнез ВТЭ: 1979-1995 – автомеханик.

С 1998 по настоящее время водитель рейсового автобуса.

**STATUS PRAESENS**

Сознание ясное. Положение в постели активное. Общее состояние средней тяжести, на момент осмотра чувствует себя удовлетворительно. Тяжесть состояния обусловлена: основным заболеванием, объемом операции, сопутствующей патологией, церебральной недостаточностью, синдромом эндогенной интоксикации, электролитными нарушениями, нутритивной недостаточностью. Отмечает боли в левом отделе живота. Голова правильной формы, средних размеров. Шея обычной формы, недеформирована. Телосложение нормостеническое. Вес- 80 кг, рост- 170 см. ИМТ=27,7. Имеется избыточный вес.

Кожные покровы: цвет кожных покровов обычной окраски. Напряжение и эластичность кожи умеренная. Влажность обычная, отмечается шелушение на локтях, коленях. Волосы редкие, оволосенение по мужскому типу.

Температура тела: 36,7 град. С.

Слизистые оболочки: слизистые розовой окраски, чистые. Высыпаний не обнаружено. Налет на языке белого цвета, в незначительном количестве. На миндалинах и тканях зева отсутствует.

Подкожно-жировая клетчатка: имеется избыточный вес (ИМТ=27,7). Места наибольшего отложения жира на животе, бедрах. Периферических отеков не обнаружено.

Лимфатические узлы: лимфатические узлы не увеличены, не пальпируются.

Костно- мышечная система: мускулатура развита нормально. Понижен тонус мышц рук. Болезненность при пальпации мышц не отмечается. Отмечается умеренная боль в поясничном отделе позвоночника.

Суставы: конфигурация суставов не изменена, отечности, деформации нет. Кожа над ними не гиперемирована. Болезненность при пальпации отсутствует.

Нервная система: обоняние, вкус, не искажены. Косоглазия, нистагма нет. Реакция зрачков на свет сохранена. Со стороны органа слуха отклонений нет. Судороги, тремор, ригидности затылочных мышц отсутствует. Сон глубокий, ровный. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения: легкая слабость, усталость. Спит 8-9 часов в сутки.

**Дыхательная система:** Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное. Имеется охриплость голоса, разговаривает шепотом. Ощущение сухости в носу не наблюдается. ЧДД- 18/мин., дыхание грудное. Грудная клетка правильной формы. Дыхание самостоятельное, проводится по всем легочным полям.

**Пальпация грудной клетки**: При пальпации грудной клетки болезненность отсутствует. Эластичность сохранена.

**Перкуссия легких:**

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Справа** | **Слева** |
| **Спереди** | 3 см. выше уровня ключицы | 3 см. выше уровня ключицы |

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | **Слева** |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная | V ребро  VI ребро  VII ребро  VIII ребро | **----**  **----**  VII ребро  VIII ребро |

 Подвижность нижних краев легких

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | | | **Слева** | | |
| Вдох | Выдох | Общее | Вдох | Выдох | Общее |
| Среднеключичная | 2 см | 2 см | 4 см | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |

**Аускультация легких:** дыхание проводится по всем легочным полям. Характер дыхания: жесткое, ослабленное. В нижних отделах с обеих сторон выслушиваются единичные хрипы. Крепитации, шума трения плевры отсутствуют.

**Система органов кровообращения:** На момент исследования частота пульса 80 уд/мин., артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена.

**Пальпация:** Верхушечный толчок умеренной силы, высокий, ширина 2 см, локализация- V межреберье, кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральная пульсация, сердечное дрожание не определяется. Болезненности в области сердца при пальпации не наблюдается.  
**Перкуссия:**

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца: | |
| Правая | На 1, 5 см кнаружи от правого края грудины, IV межреберье. |
| Левая | V межреберье, кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | По линии parasternalis |
| Поперечник относительной тупости | 16 см |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см |

|  |  |
| --- | --- |
| Абсолютная тупость сердца | |
| Правая | По левой грудинной линии |
| Левая | На 0,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | По линии parasternalis |

**Аускультация:** тоны сердца ясные, ритмичные. Шум трения перикарда не выслушивается.

**Мочеполовые органы:** Боли и неприятные ощущения в органах мочеотделения, промежности, над лобком, в области наружных половых органов не беспокоят. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии нет, имеются ночные мочеиспускания. Моча соломенно-желтая. Отеков нет. Мочевой пузырь безболезненный. Выпячиваний над лобком нет. Оволосенение по мужскому типу.

**Пальпация:** Пальпация мочевого пузыря безболезненная.

**Перкуссия:** В надлобковой области притупления перкуторного звука нет.

**Эндокринная система:** Нарушение роста нет, телосложение нормостенического типа, масса тела 80 кг ИМТ=27,7. Имеется избыточный вес. Влажность кожных покровов умеренная, без истончения, огрубления, имеются участки шелушения на тыльной поверхности кисти, локтях, коленях. Глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Кожа над щитовидной железой не изменена.

**Пальпация:** Щитовидная железа немного увеличена, безболезненная, структура однородная, края ровные. Пульсации в ее области нет. При акте глотания железа подвижна, безболезненна.

**Нервная система:** Память не нарушена. Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени. Общительный, адекватно воспринимает вопросы и также на них отвечает. Отношение к болезни адекватное. Отмечает незначительное нарушение сн, просыпается за ночь 2-3 раза. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения нормальное. Нарушений вкуса, обоняния нет. Отмечается нарушение слуха, переспрашивает вопросы. Острота зрения снижена, реакция зрачков на свет сохранена. Симптомы Бабинского и Россолимо отрицательные.

Менингеальные симптомы отсутствуют. Нистагма нет. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

**STATUS LOCALIS**

**Система пищеварения:** Аппетит умеренный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Рвоты нет. Иногда бывает тошнота после приема жирной пищи. Изжогу после приема пищи не отмечает. Стул не изменен, 1-2 раза в день, количество умеренное, кал оформленный, коричневый. Язык влажный нормальных размеров, розовый, сосочковый слой достаточно выраженный, имеется небольшое количество налета, трещины и язвы отсутствуют; зев, миндалины, глотка без изменений, розовой окраски. Слизистые чистые, розовые, влажные. Зубы с кариозными изменениями.

Форма живота округлая. В области средней линии живота, пупка и паховых областей выпячиваний и грыж не обнаружено. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет. Расширение вен передней брюшной стенки отсутствует. Дизурические расстройства отрицает.

**Перкуссия:** При перкуссии передней брюшной стенки в области печени выслушивается печеночная тупость. Перкуторная болезненность отсутствует.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота:** Живот мягкий, спокойный, отмечается незначительная болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

**Глубокая пальпация:**

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

**Аускультация:** Перистальтические шумы обычные. Шум трения брюшины и сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты и почечных артерий отсутствуют.

**Печень и желчный пузырь:**  Жалобы отсутствуют. Иногда бывает тошнота после приема жирной пищи. Желтуха отсутствует.

Выпячивания в области правого подреберья и ограничение этой области в дыхании отсутствует.

**Перкуссия:** Симптом Ортнера, Менделя, отрицательный.

Границы печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | VI ребро |
| Нижняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | X ребро |
| По передней срединной линии | XI ребро |
| По левой реберной дуге | XII ребро |

Поперечник по правой среднеключичной линии 12 см.

Поперечник по передней срединной линии 10см.

Поперечник по левому реберному краю 9 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом Кера, желчного пузыря, Курвуазье и френикус отрицательный.

**Пальпация:** Печень при пальпации безболезненная, край слегка закругленный, мягкий. Поверхность печени гладкая.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

**Селезенка:** Жалоб нет. Выпячивания в области левого подреберья, ограничения этой области в дыхании нет.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

Симптомы острого панкреатита: Раздольского (боль при перкуссии над поджелудочной железой);

Мейо-Робсона (болезненность в области левого реберно-позвоночного угла);

Воскресенского (исчезновение пульсации аорты в подчревной области);

Керте (наличие болезненности и резистентности брюшной стенки в виде пояса, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы);

Мондора (наличие фиолетовых пятен на коже лица и туловища) отрицательные.

**Per rectum:** тонус сфинктера сохранен. Ампула свободна. Нависания, болезненность стенок кишки не определяется. Патологические образования достижимые пальцем не определяется. На перчатке следы кала обычного цвета.

**ПРЕДВАРИТЕЛБНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании данных полученных при осмотре и клиническом обследовании больного можно предположить: острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм.

Дифференциальная диагностика: прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит, острый аппендицит, инфаркт миокарда, тромбоз мезентеральных сосудов, странгуляционной тонкокишечной непроходимости, почечной колики.

Для подтверждения диагноза острый панкреатит следует провести: УЗИ органов брюшной полости, КТ брюшной полости, ОАК.

# ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

КТ брюшной полости от 30.01.2020г: Головка поджелудочной железы с нечеткими контурами, неоднородной структуры с участками гипоперфузии, в области головки инфильтрирована парапанкреатическая клетчатка. В правых отделах брюшной полости книзу от головки поджелудочной железы сохраняется отграниченное жидкостное скопление размерами до 125x50x70 мм.

УЗИ брюшной полости от 03.02.2020г.:мкпереди от аорты больше справа визуализируется гетерогенная гипоэхогенная структура с фибринозными компонентом неправильной формы размером около 8,0х 2,8х 7,9 см, в правой подвздошной области визуализируется аналогичная структура размером около 11,4х5,5х8,0 см( организующаяся гематома?)

**Лабораторные результаты от 13.02.2020г.**

**ОАК**

Эритроциты 3.43< 1012/л (4.00-5.00)

Гемоглобин 98 < г/л (130-160)

Гематокрит 32.3 % (40.0-48.0)

Тромбоциты 133 < 109/л (150 - 420)

Станд. Отклонения размера эритр. от сред.зн. 49.3 > фл (35.0-46.0)

относительные

Нейтрофилы 74.9 > % (50.0- 70.0)

Креатинин 56 < мкмоль/л (72-127)

Билирубин общий 21.50 > мкмоль/л (1.70- 20.00)

Билирубин прямой 6.70 > мкмоль/л (0.00- 4.60)

Хлор 110 > ммоль/л (98- 106)

Калий 3.20 < ммоль/л (3.50- 5.10)

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, общего и локального статуса, методов дополнительных обследований и лабораторных данных можно поставить диагноз: острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии, тяжелой степени. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм с перетяжкой.

Жалобы больного: боли в левых отделах живота, слабость.

**Anamnese morbi**: Пациент длительное время злоупотреблял алкоголем. Впервые острые боли в левом подреберье, тошнота, рвота зеленого цвета, не приносящая облегчения появились 20.01.2020г.

27.01.2020г обратился за медицинской помощью, госпитализирован в ХО Енисейской РБ. При поступлении отмечалось снижение диуреза, отсутствие стула в течении 2 дней. Лабораторно отмечается лейкоцитоз более 30, гиперазотемия. На фоне проводимой консервативной терапии отмечается положительная динамика: снижение азотемии, лейкоцитоза, амилазы, увеличение количества мочи. По данным МСКТ брюшной полости имеется отграниченное жидкостное скопление в брюшной полости. По согласованию с зав. отделением гнойной хирургии, пациент сан. авиацией 30.01.2020г. транспортирован в ККБ.

30.01.2020г. в 16:05 поступил в ОАР №6. Состояние тяжелое. Тяжесть обусловлена основным заболеванием, церебральной недостаточностью. Сознание оглушенное. Язык: сухой, обложен. Живот: мягкий, участвует в акте дыхания. Болезненность при пальпации по всем отделам живота. Перистальтика не выслушивается. Мочеиспускание по уретральному катетеру. Гемодинамика стабильная: ЧСС: 76 в 1 минуту; тоны сердца приглушены, АД: 112/63 мм.рт.ст.; ЦВД: отр мм. водн. ст. ЧДД 19 в 1 минуту.

30.01.2020г. в 16:30 переведен в гнойную реанимацию. Без отрицательной динамики. АД: 114/69 мм.рт.ст.; ЧСС: 78 в 1 мин; ЧДД: 19 в 1 мин.; ЦВД: отр мм. водн. ст.

10.02.2020г. переведен в отделение гнойной хирургии. Динамика положительная: уменьшение явлений церебральной недостаточности, уменьшение явлений энцефалопатии, прекращение ИВЛ, снижение проявлений синдрома эндогенной интоксикации, снижение лейкоцитоза, коррекция электролитных нарушений. Состояние средней степени тяжести. В сознании, энцефалопатия. ЧДД 18 в 1 мин. Гемодинамика: ЧСС: 97 в мин., АД: 120/80 мм.рт.ст., ЦВД: 10 мм. водн. ст. Живот не вздут. При пальпации мягкий, болезненный в области установленных дренажей. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Повязки сухие.

**Anamnese vitae:** пациент длительное время употребляет алкоголь.

**Status presents**

**Дыхательная система:** дыхание самостоятельное; везикулярное, проводится по всем легочным полям; хрипов, шума трения плевры не отмечается.

**Сердечно-сосудистая система:** ЧСС 78 уд. в мин.; АД: 110/80 мм.рт.ст.; тоны сердца: ясные, ритмичные .

Температура тела 36,6 С.

**Status localis**

Язык влажный, розового цвета, имеется небольшое количество налета белого цвета, трещины и язвы отсутствуют, зев, миндалины, глотка без изменений розового цвета. Слизистый чистые, розовые, влажные. Зубы с кариозными изменениями.

Форма живота округлая. Выпячиваний средней линии живота, пупка и паховых областей не обнаружено. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет. Расширение вен передней брюшной стенки отсутствует. Дизурические расстройства отрицает.

**Перкуссия:** При перкуссии передней брюшной стенки в области печени выслушивается печеночная тупость. Перкуторная болезненность отсутствует.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота:** Живот мягкий, спокойный, отмечается незначительная болезненность в правых отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

**Глубокая пальпация:**

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

**Аускультация:** Перистальтические шумы обычные. Шум трения брюшины и сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты и почечных артерий отсутствуют.

**Печень и желчный пузырь:**  Жалобы отсутствуют. Бывает тошнота после приема жирной пищи. Желтуха отсутствует.

Выпячивания в области правого подреберья и ограничение этой области в дыхании отсутствует.

**Перкуссия:** Симптом Ортнера, Менделя, отрицательный.

Границы печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | VI ребро |
| Нижняя граница абсолютной тупости печени: |  |
| По правой среднеключичной линии | X ребро |
| По передней срединной линии | XI ребро |
| По левой реберной дуге | XII ребро |

Поперечник по правой среднеключичной линии 12 см.

Поперечник по передней срединной линии 10см.

Поперечник по левому реберному краю 9 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом Кера, желчного пузыря, Курвуазье и френикус отрицательный.

**Пальпация:** Печень при пальпации безболезненная, край слегка закругленный, мягкий. Поверхность печени гладкая.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

**Селезенка:** Жалоб нет. Выпячивания в области левого подреберья, ограничения этой области в дыхании нет.

**Аускультация:** Шум трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

Симптомы острого панкреатита: Раздольского, Мейо-Робсона, Воскресенского, Керте, Мондора отрицательные.

Повязки в области послеоперационных швов сухие, кожа в области п/о швов без признаков воспаления. Швы сняты.

**Дополнительное обследование**

КТ брюшной полости от 30.01.2020г: Головка поджелудочной железы с нечеткими контурами, неоднородной структуры с участками гипоперфузии, в области головки инфильтрирована парапанкреатическая клетчатка. В правых отделах брюшной полости книзу от головки поджелудочной железы сохраняется отграниченное жидкостное скопление размерами до 125x50x70 мм.

УЗИ брюшной полости от 03.02.2020г.:мкпереди от аорты больше справа визуализируется гетерогенная гипоэхогенная структура с фибринозными компонентом неправильной формы размером около 8,0х 2,8х 7,9 см, в правой подвздошной области визуализируется аналогичная структура размером около 11,4х5,5х8,0 см( организующаяся гематома?)

Диагностическая лапароскопия от 31.01.2020г.: при ревизии брюшной полости в правых отделах имеются следы крови на петлях кишечника и париетальной брюшине. Правее корня брыжейки тонкой кишки имеется гематома 12см х7 см., напряженная.

**Лабораторные результаты от 13.02.2020г.**

**ОАК**

Эритроциты 3.43< 1012/л (4.00-5.00)

Гемоглобин 98 < г/л (130-160)

Гематокрит 32.3 % (40.0-48.0)

Тромбоциты 133 < 109/л (150 - 420)

Станд. Отклонения размера эритр. от сред.зн. 49.3 > фл (35.0-46.0)

относительные

Нейтрофилы 74.9 > % (50.0- 70.0)

Креатинин 56 < мкмоль/л (72-127)

Билирубин общий 21.50 > мкмоль/л (1.70- 20.00)

Билирубин прямой 6.70 > мкмоль/л (0.00- 4.60)

Хлор 110 > ммоль/л (98- 106)

Калий 3.20 < ммоль/л (3.50- 5.10)

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Оба заболевания начинаются внезапно с появления интенсивных болей в эпигастральной области. Боли носят постоянный характер. В обоих случаях в анамнезе часто выявляются нарушения пищевого режима, прием алкоголя. Общее состояние тяжелое, имеются признаки лейкоцитоз, может быть явление шока, тошнота, рвота, бледность кожных покровов, холодный пот. Дифференциальная диагностика основывается на следующих признаках. При перфоративной язве характерным признаком является выраженное напряжение передней брюшной стенки (''доскообразный'' живот), появляющееся в первые часы заболевания, чего нет при остром панкреатите. Для перфоративной язвы характерно отсутствие при перкуссии печеночной тупости, при обзорной рентгенографии брюшной полости с диафрагмой обнаруживается свободный газ в брюшной полости (симптом серпа).

Сложности в дифференциальной диагностике острого панкреатита с *острым аппендицитом*могут возникнуть при подпеченочном расположении червеобразного отростка. При проведении дифференциального диагноза в этой ситуации следует учитывать то, что на ранних стадиях заболевания при остром аппендиците, в отличие от острого панкреатита, болевой синдром и проявления общей интоксикации менее выражены. Выявляются более четко обозначенные местные симптомы характерные для острого аппендицита (Раздольского, Ровсинга, Ситковского, Образцова, Бартомье, Кохера-Волтковича), и не выявляются местные симптомы, характерные для панкреатита (Воскресенского, Мейо-Роюсона, Керте, Раздольского, Мондора). Для обоих заболеваний характерны боли в эпигастральной области (в начальной стадии аппендицита). При пальпации живота при панкреатите - отсутствует напряжение мышц живота, при прогрессировании аппендицита появляются симптомы раздражения брюшины ( симптом Щеткина- Блюмберга).

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК
2. БХ (общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, амилаза, глюкоза, креатинин, мочевина).
3. КТ органов брюшной полости
4. УЗИ органов брюшной полости

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Стол 5П.
2. Режим палатный.
3. Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Meronem 1.0

D.t.d. N. 10

S. Внутрь 3р/ сут.

1. Противоязвенная терапия:

Rp.: Sol. Omeprasoli 40 mg

D.t.d. N. 10 im amp.

S.в/в капельно 1 раз/сутки

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

1. Пациент К
2. Дата поступления: 30.01.2020г
3. DS: острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии, тяжелой степени. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм.
4. Показания к операции: панкреонекроз с наличием жидкостного скопления в проекции сальниковой сумки.
5. План и предполагаемый объем операции: диагностическая лапароскопия, ревизия, дренирование сальниковой сумки. При невозможности выполнить лапароскопически, конверсия в лапаротомию.
6. Метод анестезии: эндотрахеальный наркоз.
7. Группа крови и резус: O I Rh+
8. Согласие больного: согласие на оперативное лечение и переливание крови получено.

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Дата начала операции: 31.01.2020г.

Время начала операции: 13:45

Дата окончания операции: 31.01.2020г.

Время окончания операции: 14:50

Продолжительность: 65 мин

Оценка интраоперационной кровопотери: 0 мл

Срочность: экстренная

Анестезия: эндотрахеальный наркоз

**Диагностическая лапароскопия. Ревизия брюшной полости и сальниковой сумки. Дренирование брюшной полости.**

В условиях операционной ГСЦ. Под эндотрахеальным наркозом. После обработки рук хирургов и операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина, произведён поперечный кожный разрез до 1 см в области пупка сдержи через расширенное пупочное кольцо 2×2 см, сантиметра установлен троакар 10 мм. В брюшную полость введён углекислый газ, достигнут карбоксиперитонеум 14 мм Hg. Введён эндоскоп. Установлены рабочие троакары: 10 мм в правом мезогастрии,5 мм в левом мезогастрии, 5 мм в правом подреберье.

При ревизии брюшной полости: в правых отделах имеются следы крови на петлях кишечника и париетальной брюшине. Правее корня брыжейки тонкой кишки имеется гематома 12 см х 7 см, напряженная. Описанное образование пунктировано в двух местах, отделяемого не получено. Вскрыта сальниковая сумка через гастроколон: в последней выпота нет, отека, участков стеатонекроза и признаков деструкции также нету. Поджелудочной железа обычных размеров бледно-розового цвета, капсула не изменена. В малом тазу и подвздошных ямках имеются следы геморрагического выпота. Париетальная брюшина в нижних этажах брюшной полости с множественными мелкими геморрагические вкраплениями. Визуально левое забрюшинные пространство не изменено. Кишечник перестальтирует на всём протяжение, серо блестящая. Другой патологии брюшной полости и забрюшинного пространства не обнаружено. Консультировал зав. отделением., решено ограничиться выполненным объемом операции. Через рабочий троакар в правом мезогастрии установлен трубчатый дренаж в малый таз. Рабочие троакаты извлечены под контролем зрения. Гемостаз удовлетворительный. Карбоксиперитонеум ликвидирован . Пупочное кольцо ушито послойно. Кожные швы на раны. Ас. Повязки.

**ДНЕВНИК**

**14.02.2020г.**

Обход заведующего отделением Дятлова В.Ю.

Состояние больного средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена болевым синдромом в правых отделах живота, слабостью. Температура утром 37,1 С, вечером 36,6 С.

Объективно: Ps-78 уд в мин., АД 110\80 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов не, шума трения плевры нет.

St. localis: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный незначительно в левых отделах живота. Перистальтика выслушивается во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень мягкая, безболезненная.

Назначения:

Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Meronem 1.0

D.t.d. N. 10

S. Внутрь 3р/ сут.

Противоязвенная терапия:

Rp.: Sol. Omeprasoli 40 mg

D.t.d. N. 10 im amp.

S.в/в капельно 1 раз/сутки

Обезболивающее при болевом приступе:

Rp.: Tab. "No-spa" 0,04

D.S. по 1 таб. при боли.

**15.02.2020г.**

Обход заведующего отделением Дятлова В.Ю.

Состояние больного средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена болевым синдромом в правых отделах живота, слабостью. Температура утром 37,0 С, вечером 36,6 С.

Объективно: Ps-80 уд в мин., АД 120\80 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов не, шума трения плевры нет.

St. localis: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный незначительно в левых отделах живота. Перистальтика выслушивается во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень мягкая, безболезненная.

Назначения:

Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Meronem 1.0

D.t.d. N. 10

S. Внутрь 3р/ сут.

Противоязвенная терапия:

Rp.: Sol. Omeprasoli 40 mg

D.t.d. N. 10 im amp.

S.в/в капельно 1 раз/сутки

Обезболивающее при болевом приступе:

Rp.: Tab. "No-spa" 0,04

D.S. по 1 таб. при боли.

**17.02.2020**

Обход заведующего отделением Дятлова В.Ю.

Состояние больного средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена болевым синдромом в правых отделах живота, слабостью. Температура утром 37,1 С, вечером 36,6 С.

Объективно: Ps-78 уд в мин., АД 110\80 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов не, шума трения плевры нет.

St. localis: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный незначительно в левых отделах живота. Перистальтика выслушивается во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень мягкая, безболезненная.

Назначения:

Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Meronem 1.0

D.t.d. N. 10

S. Внутрь 3р/ сут.

Противоязвенная терапия:

Rp.: Sol. Omeprasoli 40 mg

D.t.d. N. 10 im amp.

S.в/в капельно 1 раз/сутки

Обезболивающее при болевом приступе:

Rp.: Tab. "No-spa" 0,04

D.S. по 1 таб. при боли.

**18.02.2020**

Обход заведующего отделением Дятлова В.Ю.

Состояние больного средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена болевым синдромом в правых отделах живота, слабостью. Температура утром 36,6 С, вечером 36,6 С.

Объективно: Ps-78 уд в мин., АД 125\85 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов не, шума трения плевры нет.

St. localis: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный незначительно в левых отделах живота. Перистальтика выслушивается во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень мягкая, безболезненная.

Назначения:

Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Meronem 1.0

D.t.d. N. 10

S. Внутрь 3р/ сут.

Противоязвенная терапия:

Rp.: Sol. Omeprasoli 40 mg

D.t.d. N. 10 im amp.

S.в/в капельно 1 раз/сутки

Обезболивающее при болевом приступе:

Rp.: Tab. "No-spa" 0,04

D.S. по 1 таб. при боли.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

**ФИО**: К

**Дата поступления:** 30.01.2020г

**Клинический диагноз:** острый, асептический, геморрагический, ограниченный (головка поджелудочной железы), панкреонекроз алкогольной этиологии. Осложнение: гематома забрюшинного пространства справа размерами 125х50х70 мм.

Пациент долгое время употреблял алкоголь.

20.01.2020г. - появились боли в животе, тошнота, рвота.

27.01.2020г.- госпитализирован в ХО Енисейскую РБ. По данным МСКТ брюшной полости имеется отграниченное жидкостное скопление в брюшной полости.

30.01.2020г.- сан. авиацией транспортирован в ККБ. В ОАР№3

30.01.2020г - в 16:30 переведен в гнойную реанимацию.

10.02.2020г.- переведен в отделение гнойной хирургии.

19.02.2020г.- выписан.

КТ брюшной полости от 30.01.2020г: Головка поджелудочной железы с нечеткими контурами, неоднородной структуры с участками гипоперфузии, в области головки инфильтрирована парапанкреатическая клетчатка. В правых отделах брюшной полости книзу от головки поджелудочной железы сохраняется отграниченное жидкостное скопление размерами до 125x50x70 мм с перетяжкой.

УЗИ брюшной полости от 03.02.2020г.: кпереди от аорты больше справа визуализируется гетерогенная гипоэхогенная структура с фибринозными компонентом неправильной формы размером около 8,0х 2,8х 7,9 см, в правой подвздошной области визуализируется аналогичная структура размером около 11,4х5,5х8,0 см ( организующаяся гематома?)

Диагностическая лапароскопия от 31.01.2020г.: при ревизии брюшной полости в правых отделах имеются следы крови на петлях кишечника и париетальной брюшине. Правее корня брыжейки тонкой кишки имеется гематома 12см х7 см., напряженная.

Пациент поступил в ККБ в тяжелом состоянии. В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось. В настоящий момент пациент предъявляет жалобы на умеренные боли в левой подреберной области. Тошноты, рвоты нет. Стул ежедневно.

Состояние пациента при выписке удовлетворительное. Рекомендуется медикаментозное лечение продолжить в амбулаторном порядке. Больному назначить консервативное лечение, направленное на снижение панкреатической секреции, обезболивающее ("No-spa" 0,04, 1 таблетка при боли), антиферментное (Pancreatini 0,15, Внутрь по 1 драже во время еды, запивая большим количеством воды), противовоспалительное (Duspatolini 0,2 , по 1 капсуле 2 раза в день). Рекомендовано наблюдение у терпевта- гастроэнтеролога 1 раз в пол года.

Рекомендуется посещение бальнеологических курортов: Боржоми, Ессентуки, Моршин, Трускавец. Первый этап реабилитации основывается на воздержании от употребления жареных и жирных продуктов питания, а также от сладких и соленых блюд для обеспечения максимального отдыха паренхиматозного органа. По истечении 2-3 месяцев соблюдения строгого диетического рациона питания, пациенту, в зависимости от состояния его поджелудочной железы, может быть разрешено употребление постных разновидностей мяса и рыбы, свежие фруктовые культуры и пр. Рацион питания должен быть составлен вместе с лечащим врачом.

Рекомендуется физиотерапия, озокеритотерапия, магнитотерапия. Для восстановления функций органа, а также общей реабилитации разрешается плавание, дыхательная гимнастика. Для массажа органов брюшной полости и забрюшинного пространства можно использовать большой гимнастический мяч.

Запрещается употребление любых алкогольных напитков !!!

Прогноз благоприятный, в случае полном отказе от употребления алкогольных напитков и соблюдение назначенных рекомендаций.