Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова

Кафедра хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Преподаватель: Бабкин О. В.

Выполнила: Исаева Е.Е.

Москва, 2014

**Паспортная часть**

Возраст: 60 лет.

Пол: женский

Семейное положение: замужем, дети: сын

Профессия: литературовед

Место работы: пенсионер

Категория: член семей офицеров запаса

Госпитализирован: 11.01.2014 13:19 планово

Кем направлен: прибыл самостоятельно

Диагноз направления: ЖКБ, камни желчного протока

Предварительный диагноз: ЖКБ, холангиолитиаз

**Жалобы при поступлении**

На периодические боли в правом подреберье, тошноту и рвоту, сопровождающие приступы болей.

**morbi**

Со слов больной в течение года беспокоят периодические приступы болей в правом подреберье, купирующиеся самостоятельно. За последний месяц приступ был дважды. С 06.04.2014г. по 11.04.2014г. находилась на обследовании и лечении в Мытищинской городской клинической больнице. При УЗИ выявлен конкремент дистальной трети холедоха до 9 мм в диаметре. При ФЭГДС с дуоденоскопией выполнить канюляцию БДС не удалось. Проводилась консервативная терапия с положительным эффектом. От дальнейшего лечения пациентка отказалась, была выписана. Обратилась в ГВКГ Бурденко, госпитализирована в 60 хирургическое отделение.

**Anamnesis vitae**

Родилась в срок в Москве в 1953 году. Была единственным ребенком в семье, вскармливалась молоком матери. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Рахитом не болела. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. По окончании школы поступила в педагогический институт. После института работала литературоведом. С 55 лет на пенсии.

Профессиональных вредностей: отсутствуют.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Питание: регулярное (3-4 раза в день), домашнее, ограничивает себя в потреблении жирного, жареного, острого с 1999 года.

Вредные привычки: не курит. Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами отрицает..

Перенесенные (сопутствующие) заболевания:

Детские инфекционные заболевания отрицает.

В декабре 2012г. Остеосинтез большой берцовой кости с частичной резекцией мениска.

ЯБЖ, язва антрального отдела желудка, ремиссия.

Хроническая вертеброгенная радикулопатия L5-S1 слева.

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Грыжа диска L5-S1.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена

**Status praesens**

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больной: активное

Выражение лица: спокойное

Телосложение: нормостеническое

Рост 158 см.; вес 60 кг

Кожные покровы: Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Влажность и эластичность кожных покровов нормальная. Волосяной покров развит по женскому типу. При осмотре и пальпации молочных желез патологических изменений не выявлено.

Подкожная клетчатка: Развита умеренно и равномерно. Толщина складки на передней брюшной стенке 4-5 см. Подкожно-жировой слой развит равномерно.

Лимфатическая система: Жалоб нет.

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается. При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не отмечается.

Мышечная система: Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных гипертрофий и атрофий мышц не выявлено.

Костная система и суставы: Патологических изменений не выявлено.

Движения в конечностях свободные, безболезненные.

Суставы по форме не изменены.

Верхние дыхательные пути: Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет. Гортань при пальпации безболезненна.

Осмотр грудной клетки: Грудная клетка: нормостенического типа, конической формы, (надключичные и подключичные ямки умеренно выражены, лопатки плотно прилежат к грудной клетке, эпигастральный угол ~ 90°, ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление, угол Людовига выражен слабо). Деформации грудной клетки не отмечается.

Грудная клетка симметрична: лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу. При дыхании движения грудной клетки синхронны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание смешанного типа с преобладанием грудного. ЧДД 20 в 1 мин. Одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: 7 сантиметра.

Пальпация: При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки нормальная, голосовое дрожание нормальное, неизменное с обеих сторон.

Сравнительная перкуссия: Над всем легочным полем слышен легочный звук.

Аускультация: Над всем легочным полемнаблюдаетсяжёсткое дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон.

Исследование сердечнососудистой системы: При осмотре сосудов шеи отмечается нормальная пульсация сонных артерий. Верхушечный толчок не виден. При пальпации верхушечный толчок также не определяется. Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется. Пульсация в подложечной области обусловлена пульсацией аорты (при глубоком вдохе пульсация ослабевает). Сердечного толчка нет.

Аускультация: Первый и второй тоны нормальной звучности.

Ритм перепела и ритм галопа не выслушивается.

Шум трения перикарда не определяется.

Исследование сосудов: Пульсация аорты (аускультативно) сохранена. Лучевые, сонные, бедренные артерии неизвиты. Височная артерия мягкая, извитая. Симптом Кончаловского и симптом «щипка» отрицательные.

Пульс: Одинаковый на правой и левой лучевой артерии. Ритм правильный, 72 удара в минуту, полного наполнения, умеренного напряжения, нормальной высоты и скорости. Капиллярный пульс не определяется.

На момент осмотра АД 130/80 мм. рт. ст.

Система мочеотделения

Жалобы: На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов мочеотделения, не предъявлялось.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют. Дизурических расстройств не выявлено.

Осмотр: Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

Исследование почек: Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При пальпации нижний полюс правой почки ниже нижнего полюса левой почки. Пальпация почек безболезненна, почки легко смещаются, эластичной консистенции.

При перкуссии мочевой пузырь над лобковым симфизом не определяется.

Эндокринная система

Жалобы: На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов эндокринной системы, не предъявлялось.

Щитовидная железа:

Не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и VII шейного позвонка сзади - 46 см.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага - отрицательные.

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее

Рефлексы Бабинского, Россолимо отрицательные. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

Система пищеварения

Жалобы: На момент осмотра больной предъявила жалобы на тупые, ноющие боли в правом подреберье при переедании и потреблении жирной пищи.

Аппетит на момент осмотра удовлетворительный, жажды нет. Жевание и глотание пищи не нарушено. Отрыжки, изжоги, тошноты рвоты нет. Стул ежедневный, не изменен. Действие кишечника самостоятельное.

Исследование органов пищеварения:

Полость рта: запах обычный.

Язык: Красного цвета, на спинке желтый налет.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

Зубы на момент осмотра санированы.

Десны: розового окраса, гнойных выделений, афт, пигментаций нет.

Зев: слизистая розового цвета, отечности не наблюдается. Миндалины не увеличены, налета не наблюдается.

Исследование живота:

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Перистальтика не нарушена. Живот свободно участвует в акте дыхания.

Окружность живота на уровне пупка 98 см.

Перкуссия: При перкуссии выслушивается тимпанический звук различной степени выраженности во всех отделах, в области печени и селезенки - бедренный звук. Асцита нет.

Пальпация:

А) Поверхностная:

При поверхностной, ориентировочной пальпации живот мягкий, наблюдается умеренная болезненность в правом подреберье. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

Б) Глубокая:

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.

восходящий и нисходящий отделы толстой кишки - пальпируются в виде цилиндров диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащие.

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

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

Исследование печени и желчного пузыря:

Пальпация: Нижний край печени закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая.

Размеры по Курлову 12-10-8.

Желчный пузырь не пальпируется. Отмечается небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси слабоположительные.

Исследование селезенки: не пальпируется.

Перкуторно: продольный размер - 8 см, поперечный - 4 см.

Аускультация живота: По всей поверхности живота выслушиваются нормальные кишечные шумы.

# **План обследования**

1. Общий анализ крови. Группа крови, резус-фактор.
2. Биохимический анализ крови.
3. Ферментный анализ крови.
4. Коагулограмма
5. RW, HbS антиген, ВИЧ.
6. Общий анализ мочи.
7. ЭКГ
8. Рентгенологическое исследование гр. клетки
9. УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты инструментальных исследований**

УЗИ органов брюшной полости:

Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Печень не увеличена, с ровными контурами. Паренхима гомогенна, средней эхогенности. Сосудистый рисунок сохранен. Внутрипеченочные протоки и сосуды не расширены, очаговые изменения не выявлены.

Воротная вена -11 мм. Холедох - 9 мм.

Желчный пузырь обычной формы, стенки не утолщены 3мм, средних размеров 68х19 мм, полость - анэхогенна, конкрементов в просвете не определяется. В дистальном отделе холедоха определяется гиперэхогенное образование со слабой акустической тенью размерами до 9 мм.

Поджелудочная железа обычной формы и размеров. Контуры ровные. Структура железы достаточно однородная, эхогенность средняя. Вирсунгов проток не визуализируется. Селезенка обычных размеров с ровными контурами, капсула не изменена, паренхима однородная мелкозернистая средней эхогенности. Заключение: конкремент общего желчного протока Эхо-признаки хронического холецистита.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки:

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений, корни структурны, плевральные синусы свободны. Диафрагма обычно расположена. Сердце и аорта без изменений.

Анализ крови от 13.04.2014 года.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
| Hb | 130,0 | 120,0-140,0 |
| Эритроциты | ------ | 3,9-4,7 |
| Цветовой показатель | ---- | 0,85-1,05 |
| Ретикулоциты | --- | 2-10% |
| Тромбоциты | ----- | l80,0- 320,0 |
| Лейкоциты | 7,3\*10^9/L | 4,0-9,0 |
| Нейтрофилы | 65,0%10^9/L |  |
| Эозинофилы | 1%10^9/L | 0,5-5 |
| Базофилы | ------- | 0-1 |
| Лимфоциты | 21%\*10^9/L | 19-37 |
| Моноциты | 8%10^9/L | 3-11 |
| Плазматические клетки | ---- | ---- |
| СОЭ | 6 mm/h | 2-15 |

Заключение: показатели в норме.

Биохимия крови от 13.04.2014 года**.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | От 13.02.2008 | Норма |
| Альбумин Общий белок Глюкоза Мочевина Холестерин Общий билирубин Прямой билирубин Креатинин АЛТ АСТ Лактатдегидрогиназа | 5,2 г/дп 7,2 г/дп 5,3ммоль/л 6,5 ммоль/л 5,2ммоль/л 14ммоль/л 2ммоль/л 107ммоль/л 16 Ед/л 36 Ед/л 369,0 Ед/л | 3,5-5,2 6,7-8,7 3,9-6,4 2,8-7,2 3,6-6,2 1,7-21 1,7-3 5-115 5-41 5-37 225-480 |

Заключение: показатели в норме.

Анализ мочи от 13.04.2014 года.

Количество: 210

Цвет: светло-желтый

Реакция: рН 6,5

Удельный вес: 1014

Прозрачность: полная

Белок: нет

Сахар: ---

Ацетон: ---

Уробилин: в N.

Плоские эпителиальные клетки: немного

Лейкоциты: единичные в препарате

Эритроциты: единичные в препарате

Цилиндры: ---

Слизь: нет

Бактерии: нет

Заключение: Норма.

.04.2014 годотрицательно

антитела к ВИЧ не обнаружены

**Клинический диагноз**

ЖКБ. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больной: постоянная тяжесть и тупые боли в правом подреберье, усиливающиеся при еде и, особенно, при погрешности в диете; клинического обследования больного (отмечается небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского - Мюсси - слабо положительные), а также данных УЗИ органов брюшной полости (конкремент желчного пузыря 35 мм в диаметре, утолщение стенок желчного пузыря, признаки отключенного пузыря).

клинический сердечнососудистый калькулезный холецистит

**Дифференциальный диагноз**

. Хронический бескаменный холецистит - для этого заболевания, в отличие от желчнокаменной болезни, характерно:

а. начало заболевания - постепенное,

б. наследственная предрасположенность,

в. СОЭ ↑, N,

г. лейкоциты ↑, N,

д. эхография - нет камней в желчном пузыре, наличие хлопьев слизи,

е. панкреатохолангиография - рубцовые стриктуры большого дуоденального соска, недостаточность большого дуоденального соска,

. Язва двенадцатиперстной кишки - в отличие от желчнокаменной болезни, характерно:

а. течение рецидивирующее с сезонными обострениями,

б. наследственная предрасположенность,

в. связь заболевания с психоэмоциональными перегрузками,

г. жалобы - боли в животе до еды, ночные, изжога, отрыжка кислым, эмоциональная лабильность, головные боли,

д. клинические проявления - при пальпации болезненность в проекции двенадцатиперстной кишки,

е. эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки - язвенный дефект (I, II стадии) на фоне воспаления и гиперплазии слизистой оболочки, язвенный рубец (III, IV стадии), рубцово-язвенная деформация,

ж. рентгенография - "ниша", рубцово-язвенные деформации,

. Хронический панкреатит, в отличие от желчнокаменной болезни, имеет следующие признаки:

а. начало заболевания чаще постепенное, реже острое,

б. жалобы - боли в животе монотонные, ноющие или приступообразные, чаще в верхней половине живота,

в. усиление болей к вечеру,

г. диспепсический синдром - нарушение аппетита, тошнота, рвота, ощущение тяжести в подложечной области при небольшом объеме съеденной пищи,

д. гемограмма - токсическая зернистость нейтрофилов,

е. копрограмма - стеаторея, креаторея,

ж. эхография - диффузное или локальное увеличение железы, кисты поджелудочной железы, обызвествление железы.

**Этиология и патогенез**

Основываясь на данных различных статистик L. Capocaccia и G. Ricci показали, что реально существуют 7 факторов, которые действительно можно считать факторами риска развития ЖКБ: пол (чаще болеют женщины), возраст (40 лет и старше), избыточная масса тела (повышение литогенности желчи у полных больных является следствием повышенной секреции холестерина), беременность в анамнезе (у беременных женщин выявили заметное замедление опражнения желчного пузыря и увеличение его объема по мере увеличения срока беременности, повышение литогенности желчи), лечение клофибратом (он ингибирует синтез холестерина и увеличивает его экскрецию в желчь путем мобилизации тканевого пула холестерина), влияние эстрогенов, национальность. Совокупность нескольких факторов приводит к изменению физико-химических свойств желчи, она становится литогенной, что способствует формированию камней. Очень часто при ЖКБ удается выявить нарушение функций желчного пузыря.

Нарушение координированной работы сфинктеров вызывает различные по характеру дискинезии.

При гипертонических формах дискинезии происходит повышение тонуса сфинктеров. Так, спазм общей части сфинктера Одди вызывает гипертензию в протоках и желчном пузыре. Повышение давления связано с поступлением в протоки и желчный пузырь желчи и панкреатического сока, при этом последний может обусловливать картину ферментативного холецистита. Возможен спазм сфинктера пузырного протока, что также вызывает застойные явления в пузыре.

При гипотонических формах дискинезии происходит расслабление сфинктера Одди с последующим рефлюксом содержимого двенадцатиперстной кишки в желчные протоки (происходит инфицирование протоков). При этом на фоне атонии и плохого опорожнения желчного пузыря в нем развиваются застойные явления, воспалительный процесс.

При обеих формах происходит нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря и протоков, что является благоприятным фактором для камнеобразования в желчевыделительной системе.

Инициирующим фактором при образовании желчных камней, кроме повышения литогенности желчи, является воспалительный процесс в слизистой желчного пузыря. В результате воспалительного процесса происходит отложение слизи, содержащей гликопротеиды. Далее в этих комочках слизи происходит отложение холестерина, слияние и рост самих комочков, и образование камней. Затем возникают процессы перекритализации в камнях и возникновение микротрещин, через которые происходит проникновение пигмента внутрь камня и образование пигментного центра.

**Лечение**

Еще недавно существовало лишь два реалистических подхода к лечению желчекаменной болезни: оперативное лечение и «ждать и наблюдать». В настоящее время лечебные возможности существенно расширились благодаря активной фармакологической терапии, направленной на растворение камней, а также дробление камней и применению менее травматичной оперативной техники через лапароскоп.

С целью оказания неотложной терапевтической помощи во время желчной колики вводят спазмолитические и наркотические препараты: 0,5-1мл 0,1% раствора атропин сульфата или 1мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата (подкожно); 2мл 2% раствора папаверина. 2-4мл раствора но-шпы, 1-5млраствора баралгина; 1-2мл 1% раствора промедола или 1мл 2% раствора пантопона (в\м или в\в). Показан холод на живот, но иногда больные лучше переносят умеренное тепло. В условиях стационара, особенно в гериатрической практике, для купирования приступа желчной колики рекомендуется в\в капельное введение смеси следующего состава: 2мл 2% раствора но-шпы, 2мл 50% раствора анальгина, 1мл 0,2% раствора платифиллина, 1 мл 1% раствора димедрола. 5мл 0,25% раствора новокаина, 2мл дроперидрола, 0,5мл 0,1% раствора атропина, 100мл изотонического раствора натрия хлорида.

При бессимптомной и диспептической формах холетиаза, в межприступный период болевой формы или при наличии противопоказаний к операции проводится консервативное лечение. Оно имеет целью уменьшение воспалительных явлений в желчном пузыре и наклонности к камнеобразованию, улучшению оттока желчи.

Больным рекомендуется соблюдение режима труда и отдыха, достаточно подвижный образ жизни. Пешие прогулки на свежем воздухе, ходьба, лечебная физкультура. Для предупреждения рецидивов обострения решающе значение имеет подобранная и сбалансированная диета. Показан частый дробный прием пищи- 4-5 раз в день, поскольку еда сопровождается опорожнение желчного пузыря, что частично способствует уменьшению застоя желчи. В лечебном питании используются диеты №№5, 5а; применение лечебных минеральных вод (ессентуки №№4.17; славянскую; сульфатный нарзан).

Кроме того, применяют лекарственные препараты, содержащие и хенодезоксихолевую и уродезоксихолевую кислоты, растворяющие желчные камни. Основой литолитического действия хенодезоксихолевой кислоты является торможение синтеза холестерина и, вероятно, его выделения в желчь. Она подавляет активность фермента ГМГ-КоА, регулирующего синтез холестерина в печени, а также ингибирует фермент холестерин-7а-гидроксилазу, уменьшая тем самым синтез других желчных кислот.

Механизм действия уродезоксихолевой кислоты намного сложнее. Установлено, что она не действует на ГМГ-КоА, а вызывает образование так называемой кристаллической мезофазы на поверхности конкрементов в желчном пузыре, которая состоит главным образом из холестерина и фосфолипидов. Жидкие кристаллы постепенно отделяются от поверхности камня и затем «рассеиваются» в желчи.

Противопоказанием к лечению такими препаратами является наличие:

1. «отключенного» желчного пузыря
2. рентгеноконтрастных и пигментных камней
3. частых желчных колик
4. камней диаметром более 1,5-2 см
5. признаков механической желтухи
6. осложнений острого холецистита, панкреатита
7. заболеваний печени
8. нарушение функции почек
9. энтероколита
10. ожирения
11. беременности и т.д.

Достоинством такой терапии является отсутствие серьезных осложнений, наиболее частым из них является диарея, возникающая вследствие раздражающего действия желчных солей на толстую кишку.

Холелитолическая терапия также проводится путем чрескожно-чреспеченочного введения в желчный пузырь с помощью специального катетера метилтрибутилового эфира или других веществ, растворяющих желчные камни. Однако этот метод пока применяется редко ввиду своей сложности.

Ударно-волновая холелитотрипсия - также новый метод лечения ЖКБ дроблением крупных конкрементов на мелкие фрагменты с помощью ударных волн.

Показаниями к лечению являются холестериновые камни диаметром до 3 см без признаков обызвествления, числом до 3-4, при нормальном контрастировании пузыря и сохраненной сократимости желчного пузыря.

Противопоказания - более значительные размеры камней, их кальцификация, блокада желчного пузыря, нарушение свертываемости крови, заболевания печени, гастродуоденальные язвы, беременность. Осложнением в первую очередь может быть миграция крупных осколков, включая закупорку пузырного протока осколком конкремента с последующим развитием острого холецистита и водянки желчного пузыря.

Лапароскопическая холецистэктомия - также один из новых методов лечения ЖКБ. Преимущества этого метода в следующем:

1. значительно меньшая болезненность и большая быстрота заживления небольших кожных дефектов от этой операции по сравнению с достаточно большим послеоперационным разрезом при открытой холецистэктомии.
2. Возможность более быстрой активизации больных и сокращения сроков их пребывания на больничной койке до 2-3 дней.
3. Отсутствие довольно нередко встречающихся послеоперационных осложнений.
4. Отсутствие грубых косметических дефектов передней брюшной стенки.

**Прогноз**

Прогноз для жизни при хроническом холецистите хороший, но, раз появившись, особенно в виде печёночной колики, симптомы сохраняются и в дальнейшем; при этом вероятность рецидива в течение 2 лет составляет около 40%. Очень редко на поздней стадии заболевания развивается рак жёлчного пузыря.