**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Клинический диагноз:

Основное заболевание: ЖКБ. Рецидивный холедохолитиаз. Состояние после трансдуоденального удаления камней из холедоха.

Сопутствующие заболевания: Катаральный гастрит. Хронический панкреатит

**1. Жалобы больного при поступлении в лечебное учреждение**

Больная жалуется на приступообразные опоясывающие боли, боли в правом подреберье, и в верхней части живота, по центру, боли постоянные, ноющего характера с 05.11.2013. Чувство тяжести и дискомфорта в этой зоне. Тошноту, позывы к рвоте. Общую слабость, озноб.

желчнокаменный патогенез диагноз болезнь

**2. История развития заболевания (Anamnesis morbi)**

.11.2013. после погрешности в диете появились боли ноющего характера, локализующиеся преимущественно в правом подреберье, позже боли приобрели опоясывающий характер, усилились. 06.11.2013. появились позывы к рвоте. Появилась сильная слабость, озноб. 07.11.2013. поступила в Мариинскую больницу на шестое хирургическое отделение. Страдает ЖКБ на протяжении 35 лет, в 1978 году больной была проведена холецистэктомия.

**. История жизни больного (Anamnesis vitae)**

В детстве перенесла скарлатину и ветряную оспу. В 1985 году перенесла ревматизм, стояла на учете у ревматолога в поликлинике. В 2003 ЭРХПГ, осложненное панкреатитом. В 2008 году перенесла холедохолитотомию. В 2006 году была проведена операция АКШ. В 2009 году обнаружены узлы в щитовидной железе. Менструирует с 13 лет. В акушерском анамнезе: один выкидыш, 3 аборта, одни роды, закончившиеся рождением живого плода. Менопауза с 55 лет. Бытовые условия и питание больной удовлетворительные. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Отмечает аллергические реакции на транквилизаторы (при контакте с растворами). В последний год инвазинвных процедур не было. за пределы города и области в последние пол года не выезжала. Вредные привычки отрицает. Периодически отмечает эпизоды спонтанного повышения артериального давления до 160/80 мм.рт. ст. В последние три месяца отмечала периодическое повышение температуры до 37,5.

**. Настоящее состояние больного (Status praesens)**

Общий осмотр

Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, настроение ровное, положение больной в постели активное, выражение лица спокойное. На вопросы отвечает спокойно. Телосложение правильное, конституция - нормостеническая. Рост 165 см, вес 62 кг, температура тела 36,6оС. Осанка прямая. Питание достаточное. Кожные покровы нормальной окраски. Кожа нормальной влажности, эластичная, тургор снижен. Высыпания, сосудистые изменения, кровоизлияния отсутствуют. Подкожная клетчатка развита умеренно, места наибольшего отложения жира на животе, бедрах. Отеки и болезненность отсутствует. При пальпации лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Зев розового цвета, На языке имеется желтый налет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранен, болезненность при пальпации отсутствует, утолщений нет. Форма костей не изменена, болезненность при ощупывании, поколачивании не обнаруживается.

Конфигурация суставов не изменена, кожа над суставами не отличается от остальных кожных покровов, болезненности при ощупывании не выявляется, гиперемия не выявлено, местная температура кожи над суставами не изменена. Движения в суставах активные.

Система органов дыхания

Нос правильной формы, носовое дыхание свободное. Деформации и припухлости в области гортани нет. Голос тихий, чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, ассиметрия отсутствует. Надключичные и подключичные пространства выражены умеренно, ширина межреберных промежутков умеренная, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы не выступают. Искривления позвоночника не выявлено. Окружность грудной клетки 98 см. Тип дыхания смешанный, движение грудной клетки при дыхании равномерное, межреберные промежутки не западают. Число дыхательных движений - 19 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное.

При пальпации грудной клетки болезненность не обнаружена. Грудная клетка резистентная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон.

При перкуссии грудной клетки характер перкуторного звука на симметричных участках грудной клетки ясный легочный. При топографической перкуссии высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижняя граница правого лёгкого по парастернальной линии проходит на уровне VI межреберья, по срединно-ключичной линии - на уровне VI межреберья. Нижняя граница правого и левого лёгкого по передней подмышечной линии - VII межреберье, по средней подмышечной линии - VIII межреберье, по задней подмышечной линии - IX межреберье, по лопаточной линии - X межреберье, по позвоночной линии - на уровне остистого отростка XI грудного позвонка. Подвижность нижних лёгочных краёв по срединно-ключичной линии для правого лёгкого: на вдохе - 1,5 см, на выдохе - 1,5 см; для левого лёгкого не определяется. По средней подмышечной линии подвижность нижних краёв для правого и левого лёгкого на вдохе и выдохе составляет 2 см; по лопаточной линии - 1 см.

Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония одинаковая над симметричными участками грудной клетки с обеих сторон.

Система органов кровообращения

При осмотре пульсации сосудов не обнаружено. Сердечный и верхушечный толчок визуально не определяется. Верхушечный толок пальпируется в 5 межреберье по среднеключичной линии, ослабленный. Площадь ограниченная, около 1,5 см2. Сердечный толчок не пальпируется.

Относительная тупость сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца | |
| Правая | в 4 межреберье справа на 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Левая | в 5 межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | во 2 межреберье слева по парастернальной линии |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см |
| Конфигурация сердца | Нормальная |
| Абсолютная тупость сердца | |
| Правая | В 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии |
| Левая | 5 межреберье по левой среднеключичной линии |
| Верхняя | По нижнему краю 4 ребра |

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные; изменений тонов, шумов не определяется. При осмотре и пальпации височных, сонных, лучевых, подколенных артерий отмечается умеренная пульсация. В яремной ямке определяется пульсация аорты. ЧСС 68 уд/мин. Артериальный пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление на плечевых артериях 120/80 мм рт. ст., одинаковое на обеих руках.

Система органов пищеварения

*ЖКТ:*

Слизистая оболочка рта нормальной окраски, язык влажный, обложен желтовато-белым налетом. Десны не кровоточивые, розовые, безболезненны, ротовая полость просанирована. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в дыхании обе половины участвуют одинаково. Симптомы Ортнера-Грекова, Мюсси, Керра-отрицательны. При поверхностной пальпации больная отмечает болезненность в правой подреберной области. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка, при пальпации подвижная, безболезненная, в виде гладкого плотного цилиндра диаметром около 4 см. В правой подвздошной области определяется слепая кишка. При пальпации представляет собой плотный безболезненный расширяющийся к низу цилиндр, диаметром около 4 см. Кишечные шумы, шум трения брюшины и сосудистые шумы отсутствуют. Перистальтика выслушивается. Стул окрашен.

*Печень и желчный пузырь:*

Выпячивания в области правого подреберья отсутствуют. Симптом Ортнера отрицательный. Границы печеночной тупости: верхняя - 5 межреберье по правой срединно-ключичной линии; нижняя - по краю правой реберной дуги. По срединной линии: верхняя - на пересечении горизонтальной линии проходящей через 5 межреберье и срединную линию; нижняя - на границе верхней и средней трети расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины. По левой реберной дуге - на уровне 8 ребра. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 11 см; по срединной линии - 10 см; по левой реберной дуге - 9 см. Желчный пузырь отсутствует. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, обычного цвета.

Система органов мочеотделения

При осмотре поясничная область без особенностей, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание свободное и безболезненное.

Нейроэндокринная система

Рост, телосложение и пропорциональность отдельных частей тела не нарушены. Вторичные половые признаки развиты согласно полу и возрасту. Щитовидная железа не пальпируется. Больная в сознании, адекватна. Интеллект соответствует уровню развития. Общительная и уравновешенная. Движение глазных яблок в полном объеме, реакция зрачков на свет положительная. Менингеальные симптомы отсутствуют. Роговичный, глоточный, ахиллов и коленный рефлексы без патологии.

МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ (Status localis)

При пальпации области живота легкая болезненность в правом подреберье.

**5. Предварительный диагноз**

На основании:

Жалоб больной на приступообразные боли в правом подреберье, опоясывающие боли и в верхней части живота, по центру. Чувство тяжести и дискомфорта в этой зоне. Тошноту. Общую слабость.

Данных анамнеза болезни (пациентка страдает ЖКБ, в1978г. Была проведена холецистэктомия.

Данных объективного обследования больной:

Болезненность при пальпации в правом верхнем квадранте

Напряжение мышц живота в правом подреберье

Основное заболевание: Желчнокаменная болезнь

Осложнения: Рецидивный холедохолитиаз.

**. План обследования**

*Лабораторные и инструментальные методы:*

*Общий анализ крови*

Цель назначения - определение степени активности воспалительной реакции организма, исключение сопутствующей патологии (анемия). Ожидаемый результат - норма, возможно, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без сдвига формулы, некоторое увеличение СОЭ.

*Общий анализ мочи*

Цель назначения - исключение сопутствующей патологии со стороны органов выделения. Ожидаемый результат - возможно, проявления интоксикационного синдрома.

*Биохимический анализ крови*

Цель назначения - выявление осложнений в виде механической желтухи. Ожидаемый результат - возможно, увеличение содержания в сыворотке билирубина, преимущественно за счет прямого, в остальном - норма.

*Определение группы крови и резус-фактора*

Цель назначения - обязательный минимум обследования.

*ФЛГ органов грудной клетки*

Цель назначения - для дифференциальной диагностики.

*ЭКГ*

Цель назначения - Определение степени выраженности сопутствующей патологии со стороны сердца. Ожидаемый результат - выявление изменений характерных для ИБС.

*УЗИ*

Цель назначения - исследования органов брюшной полости.

ФГДС

МРТ (брюшная полость и МРХПГ)

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

*Общий анализ крови:*

WBC - 9,2\* 109 /лl

RBC - 3,75 \* 1012/l

Гемоглобин - 113 g/l

MCH - 30.1 pg- 93,6/l- 15,6%,0\*10\*9/l

СОЭ - 7 мм/ч

Сегментоядерные нейтрофилы - 50,9%

Лимфоциты - 42,2%

Моноциты: 4,95%

Эозинофилы -1,28%

Базофилы - 0,661%

Глюкоза - 3,7 ммоль/л

*Общий анализ мочи:*

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность - полная

Удельный вес - 1025

Реакция - кислая

Белок - 59 г./л

Билирубин -3+ 170

Уробилиноген норма

Кровь - нет

Кетоны-нет

Нитриты - нет

Глюкоза - норма

Эритроциты - отсутствуют

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Желчные пигменты - слабо положительно

*Биохимический анализ крови:*

ПТИ - 95%

Билирубин - 38,5

Мочевина - 5,84 ммоль/л

Сахар - 6,05 ммоль/л

Общий белок - 59 г./л

АЛТ-80 ммоль/л

АСТ-129 ммоль/л

*Определение* группы *крови и резус-фактора:* II (-)

*ФЛГ органов грудной клетки:* без патологии

*ЭКГ:*

Синусовый ритм 71 уд/мин. ЭОС нормальная. Нагрузка на предсердия. Очаговый кардиосклероз.

*УЗИ:*

ЖКБ. Холедохолитиаз. Билиарная гипертензия 3 степени. Диффузные изменения поджелудочной железы.

*Желчный пузырь* удален.

*8.ФГДС:.*

*МРТ брюшной полости+МРХПГ*

*Состояние после холецистэктомии. МР-картина холедохолитиаза с признаками выраженной билиарной гипертензии.*

**7. Клинический диагноз и его обоснование**

На основании:

Жалоб больной на приступообразные боли в правом подреберье, опоясывающие боли и в верхней части живота, по центру. Чувство тяжести и дискомфорта в этой зоне. Тошноту. Общую слабость.

Данных анамнеза болезни (пациентка больна ЖКБ, В 19778 г. была проведена холецистэктомия)

Данных объективного обследования больной:

Болезненность при пальпации в правом подреберье

Напряжение мышц живота в правом подреберье

Данных дополнительного обследования:

УЗИ

МРТ:, холедох расширен, в его дистальном отделе определяется округлый конкремент, размером до 1,0 см в диаметре.

Изменениях в общих анализах крови и общих анализах мочи

ФГДС Катаральный гастрит.

Ставлю заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ЖКБ. Рецидивный холедохолитиаз.

Сопутствующие заболевания: Катаральный гастрит. Хронический панкреатит.

Лечение:

Проведена Ретроградная ХоледохоПанкреатоГрафия. ПапиллоСфинктероТомия.

**8. Эпикриз**

Поступила в Мариинскую больницу 06.11.2013. ст резкими болями в правом подреберье, опоясывающими болями. Больная была обследована. ПО результатам УЗИ и МРТ у нее выявлен конкремент в общем желчном протоке. В анамнезе в 1978 г. холецистэктомия по поводу ЖКБ. После операции приступ болей не первый. 07.11.2013 была проведена Папиллосфинктеротомия и удаление конкремента из холедоха при помощи эндоскопического оборудования. В настоящее время боли значительно уменьшились. Больная отмечает улучшение самочувствия. В настоящее время продолжает лечиться в стационаре и вскоре будет выписана на амбулаторное лечение со строгой диетой.

В отношении жизни прогноз благоприятный, так как при адекватном лечении заболевание не представляет опасности для жизни. В отношении выздоровления неблагоприятный, так как возможно возникновение рецидивов. В отношении трудоспособности прогноз благоприятный, степень трудоспособности не изменится.

**9. Дифференциальная диагностика**

Желчнокаменную болезнь необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хроническим панкреатитом, хроническим гастритом, дуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, опухолью правой половины толстой кишки. Так как симптомы и клиническое течение вышеперечисленных заболеваний схожи и ошибка в диагнозе может привести к тяжёлым осложнениям, обусловленным неправильно выбранной тактикой лечения. Рассмотрим отдельно отличия каждого вышеперечисленного заболевания от желчнокаменной болезни: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: Для этого заболевания характерно наличие периодов обострения и ремиссии, а динамическое течение у желчнокаменной болезни отсутствует. Боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки носят суточный и ритмичный характер (голодные, ночные боли), во время обострения характерны длительные боли продолжительностью 3 - 4 недели. Для желчнокаменной болезни характерны боли, связанные с приёмом жирной, «тяжёлой» пищи, боли снимаются приёмом спазмолитических средств, носят непродолжительный характер. Болезненность обычно локализуется в точке проекции желчного пузыря, положительны симптомы Ортнера, Георгиевского - Мюсси. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки температура тела, как правило, остаётся в норме, а при желчнокаменной болезни чаще носит субфебрильный характер. Показатели крови при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следующие: СОЭ в норме, увеличивается при осложнениях, картина белой крови в норме, при осложнении кровотечением наблюдается анемия. При желчнокаменной болезни же, СОЭ увеличивается, наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево. Рвота после еды через 2 - 2,5 часа после приёма пищи, приносящая облегчение характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а при желчнокаменной болезни рвота облегчения не приносит, имеет примесь желчи. Секреторная функция желудка, как правило, остаётся нормальной, а при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обычно наблюдается гиперацидное состояние. Кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имеют, обычно, характерные проявления: рвота вида «кофейной гущи», мелена, побледнение кожных покровов, а при желчнокаменной болезни не бывают. Данные эзофагогастродуоденоскопии с проведением гистологического исследования отобранных биоптатов и рентгенологическое исследование желудка позволяют более точно установить диагноз. У данной больной нет эзофагогастродуоденоскопических данных в пользу язвенной болезни. При осмотре слизистой оболочки желудка выявлен катаральный гастрит.

Дифференциальный диагноз между язвенной болезнью желудка и желчнокаменной болезнью: При язвенной болезни желудка боли возникают сразу после приёма пищи или через 15 - 45 минут после еды. Облегчение в этом состоянии может принести эвакуация желудочного содержимого. При желчнокаменной болезни же, боли, как правило, связаны с приёмом жирной, жареной, острой пищи и рвота облегчения не приносит, содержит примеси желчи. Локализация болей при язвенной болезни, как правило, между мечевидным отростком и пупком, чаще левее срединной линии, иррадиация в левую половину грудной клетки, в межлопаточную область. При желчнокаменной болезни боль локализуется в правом подреберье, иррадиирует в правую лопатку, правое плечо. Болезненность располагается в характерной точке - точке проекции желчного пузыря, также положительны симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси. Кислотность желудочного сока при язвенной болезни изменяется, а при желчнокаменной болезни - нормальная. У больной отсутствуют характерные признаки для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Дифференциальная диагностика между острым аппендецитом и желчнокаменной болезнью. Характер боли: в эпигастрий, умеренной интенсивности (тянущие постоянные), затем перемещается в правую подвздошную область. Прочие жалобы: тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка. Развитие: острое. Объективное исследование: болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, с-мы раздражения брюшины, Воскресенского, Роздольского, Образцова, Равзинга, Ситковского, выражена интоксикация. Дополнительные обследования: изменение в ОАК свидетельствующий о воспаления

Дифференциальная диагностика между почечной колике и желчнокаменной болезнью. Характер боли: в пояснице(приступообразный), чрезвычайно интенсивные с иррадиаций в пах, уменьшаются применением спазмолитиков. Прочие жалобы: возможно дизурия. Анамнез: мочекаменная болезнь. Развитие: острое. Объективное исследование: пальпация живота как правило безболезненна, положительный с-м Пастернацкого, интоксикация отсутствует. Дополнительные обследования: эритроцитурия.