Министерство здравоохранения и социального развития РФ ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»

Кафедра факультетской хирургии

История болезни

Диагноз: Острый калькулезный холецистит

год

1. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Дата и время поступления 03.11.12 г. 6:00

Дата и время выписки

I хирургическое отделение Палата № 11

Проведено койко-дней

Виды транспортировки на каталке, на кресле, может идти

Группа крови В(III) Резус принадлежности положительной

Побочное действие лекарств пенициллин-крапивница

1. Фамилия, имя, отчество Пол мужской

. Дата рождения 23.08.1987 г. Возраст 25 лет

. Постоянное место жительства город Челябинск

. Место работы, профессия или должность не работает

5. Кем направлен боьной без направления

. Доставлен в стационар по экстренным показаниям через 5 часов после начала заболевания

. Диагноз при поступлении острый калькулезный холецистит

. Диагноз клинический флегманозный калькулезный холецистит

Дата установления 03.11.2012

. ДАНЫЕ РАСПРОСА БОЛЬНОГО

. Жалобы при поступлении: острую, приступообразную боль колющего характера в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующая в эпигастральную область, поясничную область, ключицу, тошноту.

. Жалобы при обследовании: дискомфорт в области дренажа.

. Прочие жалобы: слабость.

3. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Анамнез собран со слов пациента. Считает себя больным с середины октября 2012 года, когда впервые появились жалобы на приступообразную боль колющего характера в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи. Самостоятельно обратился в ГКБ № 10, где было проведено УЗИ и рентгенологическое исследование брюшной полости и желудка. Был выявлен гастрит, назначено следующее лечение: омепразол, алмагель. Лечение было малоэффективным. Боли возобновлялись, имели нарастающий характер. Пациент самостоятельно обратился в лечебно-диагностический центр профессора Кинзерского Ю.А., где было проведено УЗИ брюшной полости, были обнаружены камни в желчном пузыре. Самостоятельно принимал но-шпу. В течение 5 часов боли не купировались. 3 ноября 2012 года пациент самостоятельно обратился в приемный покой ГКБ № 10 и был госпитализирован.

. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (ANAMNESIS VITAE)

Родился в г. Челябинске. Рос и развивался не отставая от сверстников. С 7 лет пошел в школу. Окончил 11 классов. Не работает. Женат, имеет 1 ребенка. Живет в семье, с женой и сыном. Члены семьи здоровы. Мать страдает желчнокаменной болезнью, 60 лет. У отца язва желудка, 62 года. Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу, ОРВИ. Аллергия на пенициллин, кошачью шерсть, домашнюю пыль, липовый цвет. Гемотрансфузий не отмечает. Проживает в благоустроенной квартире. Питание пятиразовое, регулярное. Не курит. Алкогольные напитки употребляет редко в количестве не более 150 мл чистого этанола в месяц.

5. ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRESENS COMMUNIS)

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение вынужденное, лежа на спине. Выражение лица спокойное. Телосложение нормостеническое. Рост 176 см, вес 78 кг. Температура 36,7. Кожа бледно-розовая, чистая, нормальной влажности, уплотнений не содержит. Тургор кожи нормальный. Волосы и ногти не имеют патологических изменений. Слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена по телу равномерно, толщина кожной складки на уровне пупка 3,5 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кости конечностей, грудной клетки, черепа не изменены. Пальпация и поколачивание болезненности не вызывают. Мышцы развиты умеренно, тонус их нормальный, при пальпации уплотнений не содержат, безболезненные. Мышечная сила в норме. Суставы обычной формы, безболезненны, кожа над ними без изменений. Движения в суставах сохранены в полном объёме, без хруста, свободные. Болезненности при пальпации суставов нет.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос свободное. Болезненности при надавливании и поколачивании у корня носа, над лобными и гайморовыми полостями нет. Голос не изменен. Грудная клетка нормостенической формы. Обе ее половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной. ЧДД - 18 в минуту. Соотношение между вдохом и выдохом 1:2. Пальпация точек Валле, межреберий, мышц, ребер и реберных хрящей безболезненная. Голосовое дрожание умеренно выражено, одинаковое с обеих сторон. При сравнительной перкуссии выявляется ясный звук. Топографическая перкуссия. Верхние границы легких спереди - справа и слева на 3 см выше уровня ключицы, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.



Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 5 см с обеих сторон. При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок не виден, пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Систолическое и диастолическое дрожание отсутствует. Границы относительной тупости сердца: левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии в V межреберье, верхняя - III межреберье, правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье. Поперечник сердца - 12 см. Ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные, соотношение тонов в норме, ЧСС 76 ударов в минуту. Дополнительные тоны не выслушиваются. Шумы не выслушиваются. Артерии на конечностях и шее не видны. Артериальная стенка эластичная, ровная, уплотнений не содержит. Пульсация на артериях нормальная, симметричная. Пульсация дуги аорты и брюшной аорты слабая. При аускультации артерий, грудного отдела аорты и брюшной аорты шумы отсутствуют. Пульс на лучевых артериях ритмичный, 76 ударов в минуту, твердый, напряженный, одинаковый на обеих руках. Артериальное давление на левой руке - 1120/70 мм рт.ст., на правой руке - 120/70 мм рт.ст. Вены конечностей умеренно выражены, ненабухшие, без узловатости. Вены шеи, груди, передней брюшной стенки не видны. Пальпаторно мягкие, безболезненные. Венный пульс отрицательный.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Полость рта без изменений. Зубы санированы. Десны бледно-розовые, чистые, не кровоточат. Язык сухой, чистый. Сосочки выражены обычно. Зев не изменен. Миндалины не увеличены, бледно-розового цвета, чистые, не спаяны с дужками. Глотание свободное. Живот не увеличен, в положении лежа не выходит за уровень грудной клетки, симметричен, послеоперационные рубцы без признаков воспаления. Пупок втянут. При поверхностной пальпациии живот мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет, патологического напряжения мышц нет. Опухоли, грыжи не пальпируются. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. При аускультации живота выслушивается 2 перистальтических шума в минуту. Газы отходят, стул нормальный. Глубокая пальпация живота не проводилась из-за наличия послеоперационного рубца по передней срединной линии.

БИЛИАРНАЯ СИСТЕМА

Размеры печеночной тупости по М.Г. Курлову 9х9х7 см, печень не увеличена, у края реберной дуги.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Область почек не изменена, при пальпации безболезненная. Мочевой пузырь перкуторно не выходит из-за лонного сочленения, не пальпируется. Болезненности в области верхних и нижних мочеточниковых точек нет. Диурез достаточный.

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Вторичные половые признаки и распределение волос соответствует мужскому полу.

КРОВЕТВОРНАЯ СИСТЕМА

Перкуторныые размеры селезенки: длинник - 7 см, поперечник - 6 см. Край селезенки не пальпируется, область левого подреберья при пальпации безболезненная.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не пальпируется. Глаза без особенностей. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, Мари отрицательные.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Ориентирован в месте, во времени, и конкретной ситуации. Легко вступает в контакт. Интеллект соответствует образлванию. Речь правильная. Настроение ровное. Поведение во время осмотра адекватное. Признаков расстройства двигательной и чувствительной сфер нет. Со стороны вегетативной нервной системы отклонений нет.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Зрение, слух, обоняние, вкус и осязание не нарушены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Послеоперационная рана на передней брюшной стенке по срединной линии, края раны ровные, признаков воспаления нет. Рана дренирована.

6. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Клинические

Общий анализ крови

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Гематокрит, % | Эритроциты, 1012/лРетикулоциты,°/оо˳˳Цв.показательГемоглобин, г/лТромбоциты, 109/лЛекоциты,109/лБазофилы,%Эозинофилы, %Нейтрофилы палочкоядерные, %Нейтрофилы, СГЯ,%Лимфоциты, %Моноциты, %СОЭ, мм/ч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03.11.12 | 32 | 3,7 |  | 0,75 | 93 | 427 | 13,5 | 0 | 1 | 12 | 56 | 20 | 11 | 28 |

Общий анализ мочи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Количество | Цвет | Прозрачность | Относительная плотность | Запах | Реакция мочи | Белок, г/л | Глюкоза | Ацетон | Форменные элементы | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Эритроциты, п/зр | Лейкоциты, п/зр | Цилиндры: | | | Плоский эпителий, п/зр |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Гиалиновые, п/зр | Зернистые, п/зр | Восковидные, п/зр |  |
| 12.04.12 |  | желтая | Прозрачная | 1005 |  | Щелочная |  |  |  |  | 0-1 |  |  |  | много |

Биохимические

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Глюкоза крови, ммоль/л | Билирубин | | | Белок | | | Мочевина сыворотки крови, ммоль/л | Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л | АсАТ, МЕ/л | АлАТ, МЕ/л | Калий, ммоль/л | Натрий, ммоль/л |
|  |  | Обший, мкмоль/л | Прямой, % | Непрямой, % | Общий, г/л | Альбумины, г/л | Глобулины, г/л |  |  |  |  |  |  |
| 06.11.12 | 6,0 | 130 |  |  | 57 |  |  | 3,5 | 88 |  |  | 4,5 | 140 |

Гемостазиограмма

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Протромбиновый индекс | АПТВ | Этаноловый тест | Фибриноген, г/л |
| 03.11.12 | 80% | 35 | Отриц. | 2,22 |

Инструментальные

ЭКГ: ритм синусовый, электрическая систола сохранена.

УЗИ БРЮШНОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЖЕЛУДКА

.11.12

Печень: Нижний край правой доли на уровне реберной дуги, контур ровный, структура однородная, эхогенность средняя, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Желчный пузырь: удален, в проекции ложа определяется аэхогенное оразование 20х10 мм. Холедох 7мм, в визуализируемом просвете включения не определяются

Поджелудочная железа: контур ровный, структура зернистая, вирсунгов проток не определяется.

Свободной жидкости нет.

. ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ИХ ОБОСНОВАНИЯ

. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Холецистэкомия. Протокол операции:

Под эндотрахеальным наркозом верхнесрединная лапоротомия. В брбшной полости выпота нет.Печень не увеличена, эластичной консистенции, бурого цвета. Желчный пузырь не напряжен, с отечной гиперемированной стенкой, в области шейки один крупный камень. Патологии со стороны желудка, кишечника не выявлено. Желчный пузырь пунктирован, получена мутная желчь (бак.посев). Пузырный проток и пузырная артерия раздельно перевязаны капроном. Желчный пузырь удален от шейки субсерозно. Ложе желчного пузыря ушито кетгутом.Гемостаз. Холедох до 0,6 см в диаметре, не напряжен, камни не пальпируются. Головка поджелудочной железы эластичная. К Винслову отверстию подведен ПХВ дренаж, который выведен через контрапертуру в правой фланковой области. Рана послойно ушита наглухо. Повязка

Препарат: Желчный пузырь с отечной гиперемированной стенкой в области шейки один крупный камень.

2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Глюкоза 10% 400 мл

Инсулин 8 ЕД

KCl 4% 20 мл

Новокаин 0,5% 20 мл

NaCl 0.9% 400 мл

Анальгин

Дротаверин 2% 2 мл

Платифиллин 0,2% 1 мл

Цефтриаксон 2,0 2 раза в день

. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

Физиологически полноценная диета с умеренным ограничением жиров и поваренной соли, механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ. Исключаются продукты и блюда, усиливающие процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильные стимуляторы желчеотделения, секреции желудка, поджелудочной железы, вещества, раздражающие печень (экстрактивные вещества, органические кислоты, продукты, богатые эфирными маслами, жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира, тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами). Энергетическая ценность: до 2500 ккал. Состав: белков 80-90 г, углеводов 300-350 г. Жиров 70-80 г, при резко выраженном диспептическом синдроме - до 50 г. Температура пищи: пища в тёплом виде, холодные блюда исключены. Технология приготовления пищи: Все блюда в отварном и протертом виде. Режим питания: 5-6 раз в сутки.

. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Дифференциальный диагноз, прежде всего, проводится с желчно-пузырной коликой. При желчно-пузырной колике больной ходит в поиске положения, которое сможет принести ему облегчение. В области же желчного пузыря определяется острая болезненность. Также опровергнуть этот диагноз можно с помощью УЗИ .

При остром холецистите выражены тошнота и рвота, боли локализуются в эпигастрии и отдают в спину.

Клинический диагноз

Острый калькулёзный холецистит

Диагноз поставлен на основании:

· жалоб больного на боли в правом подреберье, тошноту, общую слабость;

· данных анамнеза о нерациональном питании, преобладании жирной пищи;

· данных осмотра, выявившего болезненность в правом подреберье.

9. ПРОГНОЗ

Для жизни: благоприятный.

Для полного выздоровления: благоприятный.

10. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Калькулезный холецистит (синоним - желчекаменная болезнь, cholelithiasis) - заболевание, обусловленное наличием конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках. Различают холестериновые, пигментные и смешанные камни (конкременты).

Этиология: выделяют следующие основные группы этиологических факторов, приводящих к развитию калькулезного холецистита:

. Воспалительный процесс в стенке желчного пузыря бактериальной, вирусной (вирус гепатита), токсической или аллергической этиологии.

. Холестаз.

. Нарушения липидного, электролитного или пигментного обмена в организме.

. Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей, которая часто бывает вызвана нарушениями нейроэндокринной регуляции моторики желчевыводящих путей и желчного пузыря, гиподинамией.

. Алиментарный фактор (несбалансированное питание с преобладанием в рационе грубодисперсных животных жиров в ущерб растительным).

. Врожденные анатомические особенности структуры желчного пузыря и желчевыводящих путей, аномалии их развития.

. Паренхиматозные заболевания печени.

Патогенез: выделяют две основные концепции патогенеза калькулезного холецистита:

) концепция метаболический нарушений;

) воспалительная концепция.

На сегодняшний день эти две концепции рассматриваются как возможные патогенетические варианты (механизмы) развития калькулезного холецистита - печеночно-обменный (концепция метаболических нарушений) и пузырно-воспалительный (воспалительная концепция).

Согласно концепции метаболических нарушений, основной механизм образования желчных камней связан со снижением холато-холестеринового коэффициента (желчные кислоты / холестерин), т.е. при снижении содержания в желчи желчных кислот и нарастании холестерина. К снижению холато-холестеринового коэффициента могут приводить нарушения липидного обмена (общее ожирение, гиперхолестеринемия), алиментарные факторы (избыток животных жиров в пище), поражения печеночной паренхимы токсического и инфекционного генеза. Снижение холато-холестеринового коэффициента приводит к нарушению коллоидных свойств желчи и к образованию холестериновых или смешанных камней.

Согласно воспалительной концепции, желчные камни формируются под влиянием воспалительного процесса в желчном пузыре, приводящего к физико-химическим сдвигам в составе желчи. Изменение pH желчи в кислую сторону, характерное для любого воспаления, приводит к уменьшению защитных свойств коллоидов, в частности - белковых фракций желчи, переходу мицеллы билирубина из взвешенного состояния в кристаллическое. При этом образуется первичный центр кристаллизации, на который наслаиваются слущенные клетки эпителия, микроорганизмы, слизь, другие компоненты желчи.

По современным представлениям, в начальной стадии развития калькулезного холецистита может доминировать один из этих механизмов. Однако, на поздних стадиях болезни функционируют оба механизма. Образование камней инициирует застой желчи, воспалительный процесс, камни служат центрами кристаллизации желчи. Таким образом, порочный круг замыкается и болезнь прогрессирует.

Рекомендации

. Соблюдение диеты с ограничением жирной и острой пищи.

. Частое дробное питание (до 6 раз в день)

. Легкая и средняя физическая нагрузка через 3 недели

. Санаторно-курортное лечение через 6 месяцев

диагноз калькулезный холецистит

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малая медицинская энциклопедия: в 6-ти т. АМН СССР. Гл. ред. В.И. Покровский. - М.: Советская энциклопедия, 1991.

. Общая хирургия. В.И. Стручков - М.: Медицина, 1978.

. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. Атлас /Учебное пособие / А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков. - М.: Изд-во РГМУ, 1997.

. Патологическая физиология / Под ред. А.Д. Адо, В.В. Новицкого. - Томск: Издательство Томского университета, 1994.

. Пропедевтика внутренних болезней. Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева - М.: Медицина, 1983.

. Терапия: пер. с англ. доп. // гл. ред. А.Г. Чучалин - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.