Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Российский Государственный Медицинский Университет

Им.Н.И. Пирогова

Министерства Здравоохранения и Социального Развития РФ

История болезни

**Клинический диагноз: Желчекаменная болезнь, острый холецистит и железодефицитная анемия**

Москва 2010

**Паспортная часть**

Ф.И.О. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 01.11.1974, 35 лет

На пенсии с 1989 года.

Домашний адрес: пр. Москва

Место работы: не работает.

Дата поступления в клинику: 20.10.2010

Дата курации: 21.10.2010

**пациент диагноз желчекаменный холецистит**

**Жалобы**

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на боль в правом подреберье, слабость, повышенную утомляемость, тошноту.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 20:00 19.10.2010. Больная отметила чувство тяжести в правом подреберье, а затем сильную боль. Начало приступа больная связывает с нарушением диеты (прием жирной, жареной пищи). Купировать боль не пыталась. Через 2 часа после начала приступа вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в ГКБ№55.

**Anamnesis vitae**

Родилась в Москве. Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась нормально.

Из перенесенных заболеваний отмечает: простудные, ветряная оспа. В анамнезе железодефицитная анемия. Вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает.

В эпидопасные районы не выезжала. Контакты с инфекционными больными отрицает

Инъекций, гемотрансфузий за последние 6 месяцев не было.

Эмоционально- нервно психический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет безболезненные, умеренные. Беременностей – 4, аборты – 3, роды – 1.

Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Профессиональных вредностей не было

Наследственность не отягощёна.

**Осмотр. Общее состояние:**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирование во времени и месте не нарушено. Внимание концентрирует хорошо. Поведение, настроение, критика к заболеванию адекватны. Положение в постели – активное, выражение лица осмысленное. Температура тела 36,5 С.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, сухие, чистые. Влажность сохранена. Ногти и волосы без изменений.

Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена.

Отеки - на ногах отсутствуют. При постоянном горизонтальном положении практически не образуются.

Периферические лимфатические узлы: не увеличены.

Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен, сила незначительно снижена. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена. Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена. Активные и пассивные движения в суставах - в полном объеме, безболезненные, без хруста. Кожа над суставами не изменена.

**Органы дыхания:**

Дыхание через нос не затруднено; голос нормальный. Тип дыхания – смешанный. Дыхание ровное, глубокое, ЧД – 16 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Осанка нормальная (искривлений позвоночника нет), над- и подключичные ямки выражены умеренно, одинаковы с обеих сторон, ширина межреберных промежутков нормальная, положение лопаток нормальное.

Болезненности при пальпации грудной клетки нет. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки, не изменено. Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. Трение плевры на ощупь не определяется.

Данные сравнительной перкуссии: на всем протяжении слышен ясный легочный перкуторный звук.

Данные топографической перкуссии: Высота стояния верхушки правого легкого спереди ~ 3,5 см выше ключицы, сзади – остистый отросток VII шейного позвонка, левого - спереди ~ 3,5 см выше ключицы, сзади – остистый отросток VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа ~ 5 см, слева ~ 5см.

Таблица.1.Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опознавательные линии** | **Справа** | **Слева** |
| L.parasternalis | V межреберье | - |
| L.mediaclavicularis | VI ребро | - |
| L.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| L.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| L.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| L.scapularis | X ребро | X ребро |
| L.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Таблица.2.Подвижность нижнего края легких при вдохе, с обеих сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | **Справа** | **Слева** |
| L.mediaclavicularis | 3 см | - |
| L.axillaris media | 4 см | 4 см |
| L.scapularis | 3 см | 3 см |

Данные аускультации: над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония: в симметричных участках грудной клетки над легочной тканью звук проводиться слабо с одинаковой силой.

**Органы кровообращения**:

Грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется. При пальпации: сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок расположен в V межреберье слева на 1 см кнутри от l.mediaclavicularis, положительный, нормальной силы. Шумы при пальпации в области сердца не определяются.

Данные перкуссии: границы относительной тупости сердца: правая граница – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая граница – в V межреберье на 1 см кнутри от l.mediaclavicularis, верхняя граница ~ на уровне третьего ребра. Границы абсолютной тупости сердца: правая – левый край грудины, левая – на 2 см кнутри от l.mediaclavicularis, верхняя – IV ребро.

Поперечник относительной тупости сердца – 3 + 8 = 11 см, конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка ~ 5 см.

Данные аускультации: ЧСС 76. Артериальное давление (лежа): правая рука - 125/80 мм рт.ст., левая рука - 125/80 мм рт.ст.

Видимой пульсации артерий нет, симптом Мюссе отрицательный, артерии плотные нормальной формы. Пульс ритмичный, достаточного наполнения. Капиллярный пульс отсутствует. Двойные тоны Траубе и шум Виноградова-Дюрозье над бедренной артерией не выслушиваются.

Набухания и видимой пульсации шейных вен нет, венный пульс выражен слабо, отрицательный, при аускультации шум волчка отсутствует.

**Органы пищеварения**:

Губы розовой окраски, углы симметричны, герпетической сыпи, трещин нет. Полость рта: запаха нет, кровоизлияний нет, слизистая - розовая, влажная, высыпаний нет. Язык, нормальной величины, розовый, влажный. Глотка имеет нормальный цвет слизистой, влажная, гладкая, без налета, изъязвлений, рубцов. Миндалины нормальных размеров, припухлости, налета нет.

Живот нормальной формы, выпячивания, втянутости (западания) нет, симметричен, передняя брюшная стенка чуть ниже уровня реберной дуги. В области пупка, белой линии грыжевые выпячивания не обнаруживаются (в горизонтальном, вертикальном положении, при натуживании). Видимой перистальтики кишечника нет. Подкожные вены не расширены (в области живота не видны).

При аускультации живота выслушивается нормальная перистальтика, шума падающей капли и шума плеска нет. шума трения брюшины нет.

При перкуссии живота слышен тимпанический звук.

Данные поверхностной пальпации: брюшная стенка мягкая, напряжённая в области правого подреберья, болезненность в области правого подреберья. Расхождения прямых мышц живота, грыж белой линии нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Данные глубокой пальпации: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, не урчащего цилиндра толщиной ~ 3 см, подвижность ~ 3 см. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого, безболезненного, слегка урчащего, умеренно упругого, слабо подвижного цилиндра толщиной ~ 4-5 см (расширяется в нижней части). Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются как гладкие, безболезненные, слабо подвижные цилиндры размером 3,5 и 3 см соответственно. Большая кривизна желудка пальпируется по обе стороны от срединной линии живота как дугообразный валик на 3 см выше пупка. Привратник прощупывается в фазу сокращения в виде плотного эластичного цилиндра диаметром ~ 2 см, при расслаблении – вялый, уплощенный, малоподвижный, безболезненный. Нижняя граница желудка (при определении перкуторно-аускультативным методом) ~ 3 см выше пупка. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см ниже большой кривизны желудка, в виде безболезненного, подвижного, не урчащего, умеренно плотного цилиндра диаметром ~ 2 см. Тонкая кишка при пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется.

Печень и селезенка: видимого увеличения и пульсации печени нет. При пальпации печени: нижний край не выступает из под правого подреберья, гладкий, безболезненный, мягковатой консистенции, острый. Границы печени по Курлову: 9 – 8 – 7 см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. При перкуссии размеры: длинник ~ 7 см, поперечник ~ 5 см.

Газы отходят. Стул оформленный, обычной окраски. Примеси нет.

**Симптомы**: Ровзинга отрицательный. Ситковского отрицательный. Воскресенского отрицательный. Бартонье-Михельсона отрицательный. Образцова положительный. Ортнера положительный. Мэрфи положительный. Мюсси-Георгиевскоо (френикус-симптом) отрицательный. Кертэ отрицательный. Мейро-Робсона отрицательный. Куленкампфа отрицательный.

**Органы мочевыделительной системы**:

При осмотре поясничной области припухлости, покраснения кожных покровов нет, отечности кожи нет. Пальпация почек в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении по Образцову безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный. При пальпации и перкуссии мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание произвольное, свободное и безболезненное. Недержание мочи, гематурия отсутствует, суточный диурез ~ 2 л.

**Органы эндокринной системы**:

Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягкой консистенции. Экзофтальма, припухлости на шее, чрезмерной потливости нет. Общий вид больной соответствует возрасту и полу.

**Неврологический статус**:

Интеллект и эмоции соответствуют возрасту. Патологии черепно-мозговых нервов по данным осмотра не выявлено.

**Status Localis:** объёмные и инфильтративные образования не определяются.

**Per rectum:**

Сфинктер тоничный, ампула прямой кишки пустая, новообразований нет. На перчатке следы кала коричневого цвета.

**Предварительный диагноз**

На основании:

1. Жалоб больной на тяжесть и боли в правом подреберье, тошноту.

2. Данных объективного обследования больной: напряжение брюшной стенки болезненность при пальпации в правом подреберье.

Предварительный диагноз:

Основной: ЖКБ. Острый холецистит.

Сопутствующий: Железодефицитная анемия.

**План дополнительного обследования**

I. Лабораторные методы

1. Общий анализ крови.

Цель назначения – определение степени активности воспалительной реакции организма.

Ожидаемый результат – норма, возможно, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без сдвига формулы, некоторое увеличение СОЭ.

2. Коагулограмма.

3. Биохимическое исследование крови.

Цель назначения – Исключение осложнений в виде механической желтухи и поражения печени.

Ожидаемый результат - Возможно, увеличение содержания в сыворотке билирубина, преимущественно за счет прямого.

4. Определение группы крови

5. Общий анализ мочи.

Цель назначения - Исключение сопутствующей патологии со стороны органов выделения.

Ожидаемый результат – Возможно, проявления интоксикационного синдрома.

II. Инструментальные методы

6. УЗИ органов брюшной полости

Цель назначения – Определение морфологических изменений в желчном пузыре, определение наличия и локализации камней в желчных путях, определение изменений просвета внутри- и внепеченочных желчных протоков, выявление изменений печени и pancreas.

Ожидаемый результат – Выявление изменений, характерных для желчекаменной болезни и острого калькулезного холецистита.

7. Рентгенограмма органов грудной клетки

8. ЭКГ+ консультация терапевта.

Цель назначения – для исключения противопоказаний к операции.

9. ЭГДС

Цель назначения – Определение степени выраженности патологии органов желудочно-кишечного тракта ( желудок, двенадцатиперстная кишка).

**Результаты дополнительных методов обследования**

Таблица.3.Общий анализ крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Ед.изм. | Комментарии | Референтные пределы |
| Эритроциты, RBC | 3.19 | 1012/л | ниже | 4,2 - 5,6 |
| Гемоглобин, HGB | 97 | г/л | ниже | 131 -172 |
| Гематокрит, HCT | 29.5 | % | ниже | 36-49 |
| Средний объем эритроцитов, MCV | 92,6 | куб.мкм |  | 89 - 100 |
| Среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCH | 30.4 | пг |  | 27 - 35 |
| Средняя концентрация гемоглобина в эритроците, MCHC | 328 | г/л |  | 320 - 360 |
| Распределение эритроцитов по объему, RDW |  | % |  |  |
| Количество тромбоцитов, PLT | 513 | 109/л | выше | 150 - 400 |
| Средний объем тромбоцитов, MPV | 7.9 | куб.мкм |  | 6 - 11 |
| Распределение тромбоцитов по объему, PDW | 15,4 | % |  | 12 - 18 |
| Лейкоциты, | 9,5 | 109/л | выше | 4 - 9 |
| Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) | 56 | мм/ч | выше | До 30 у пожилых |
| Лейкоцитарная формула | | | | |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 2 | % |  | 1 - 6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 63 | % |  | 47 - 72 |
| Лимфоциты | 27 | % |  | 19 - 37 |
| Моноциты | 4 | % |  | 3 - 11 |
| ретикулоциты | 19 | % | выше | 0.5-1.2 |

**Заключение:** анемия регенераторная. также можно думать о наличии воспалительного процесса (лейкоцитоз и увеличенная СОЭ ).

**Коагулограмма**

**Протромбин(%) – 92% (70-130)**

**АЧТВ – 41.1” (24”-34”) выше**

**Фибриноген – 7.41 г/л (1,8-3,5) выше**

**МНО – 1.05 (0,85 – 1,15)**

**Заключение:**.

Таблица.4.Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Ед. изм. | Комментарий | Референтные пределы |
| Аланинаминотрансфераза (АЛТ) | 21 | Ед/л |  | 0-40 |
| Аспартатаминотрансфераза (АСТ) | 25 | Ед/л |  | 0-40 |
| Креатинин сыворотки | 74 | мкмоль/л |  | 62-115 |
| Мочевина | 3.7 | ммоль/л |  | 2,5-8,3 |
| Глюкоза | 5.87 | ммоль/л |  | 3.89 – 6.3 |
| Железо | 6.7 | ммоль/л | ниже | 8.0-28 |

**Заключение: железодефицитная анемия.**

**Группа крови**. А(II) Rh+

**Общий анализ мочи**.

Цвет соломенно-жёлтый, прозрачная, реакция кислая, белок 0.033, глюкозы, кетоновых тел нет. Эпителий плоский – умеренное количество, лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

Закючение: моча без грубых патологических нарушений

**УЗИ органов брюшной полости**

Желчный пузырь не увеличен, стенки утолщены 0,4см (до 0.3см), просвет не гомогенный, взвесь, единичные камни до 0.3 см, холедох не расширен, внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, чёткие, эхогенность умеренная. Селезёнка не увеличена.

Заключение: ЖКБ. Острый холецистит.

**Рентгенография органов грудной клетки**

Заключение: венозный застой по малому кругу.

Заключение: желчный пузырь уменьшился в размерах до 7,6х2.0 см. В просвете мелкие камни, 2 до 0,3 см. Стенка 0,3 см – структура более однородная, свободной жидкости нет. Положительная динамика.

ЭКГ 24.03.01г.

Ритм синусовый, Чсс 90 в минуту.

ЭГДС .

Заключение: очаговый гастрит

**Дифференциальный диагноз**

Острый холецистит требует дифференцирования с

Острым аппендицитом

Правосторонней почечной коликой.

Таблица.5.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| симптом | Острый холецистит | Острый аппендицит | Почечная колика |
| Характер болей | В правом подреберье, сильные, приступообразные, затем постоянные. | В эпигастрии, умеренной интенсивности, затем перемещаются в правую подвздошную область, тянущие, постоянные | В пояснице, приступообразные, интенсивыне с иррадиацией в пах, уменьшаются приминением спазмолитиков. |
| Прочие жалобы | Тошнота, рвота. | Тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка | Возможна дизурия |
| Анамнез | ЖКБ | нет | Мочекаменная болезнь |
| Развитие | Острое | Острое | Острое |
| Объективное обследование | Билезненность и напряжение мышц в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси, Мейо-Робсона, Менделя в правом подреберье, умеренная интоксикацияю | Болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины, симптомы Воскресенского, Раздольского, Образцова, Ровзинга, Ситковского. Выражена интоксикация. | Пальпация безболезненна, положительный симптом Пастренацкого, интоксикация. |
| Дополнительное обследование | УЗИ, изменения воспалительного характера в общем анализе крови | Воспалительные изменения в общем анализе крови | Эритроцитурия |

**Клинический диагноз**

На основании предварительного диагноза, данных дополнительного

обследования: утолщение стенки желчного пузыря, наличие взвеси и единичных камней в желчном пузыре даметром до 0.3 см, в анализах крови

лейкоцитоз, повышенное СОЭ, что говорит о воспалении ставим диагноз ЖКБ. Острый холецистит.

На основании понижения гемоглобина, гематокрита и повышения числа ретикулоцитов в общем анализе крови, а так же на основании уменьшения содержания железа в сыворотке крови ставим диагноз – железодефицитная анемия.

Заключительный клинический диагноз:

Основной: ЖКБ. Острый холецистит.

Сопутствующий: Железодефицитная анемия.

ЛЕЧЕНИЕ

При наличии желчекаменной болезни и острого холецистита имеет смысл проведение консервативного лечения. Однако заболевание может осложняться холедохолитиазом и как следствие, механичческой желтухой. Появление этих осложнений достаточно грозный признак, при котором больному жизненно показано оперативное лечение. Обычно консервативное лечение проводится три дня, в течении которых судят о наличии или отсутствии положительной динамики в проводимом лечении, или признаках наступающих осложнений. Если эффекта от проводимой терапии не наблюдается – прибегают к оперативному вмешательству.

Режим постельный

Стол N 5

Купирование болевого синдрома

Sol. Analgini 50% - 4 ml в/в струйно

Sol. Dimedroli 1% - 1ml в/в струйно

Sol. Papaverini 2% - 4 ml в/м

При неэффективности ненаркотических анальгетиков показано применение опиатов:

Sol Promedoli 2% - 1ml в/м

Дополнительно возможно применение

Sol. Novocaini 0,25% - 200ml в/в капельно, контроль АД.

После купирования болей:

Sol. Analgini 50% - 2ml в/м 4 раза в день

Sol. Papaverini 2% - 2 ml в/м 4 раза в день

Купирование воспалительного процесса

Ampicillini 0,5 в/м 4 раза в день

Дезинтоксикация

Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml в/в капельно

+ Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

Sol. Glucosae 5% - 400 ml в/в капельно

+ Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 5 ml

Планируется оперативное вмешательство – холецистэктомия.

**Дневник курации**

21.10.2010.

Жалобы на боли в правом подреберье.

Состояние больной без отрицательной динамики. Ночью спала. В сознании, контактна, адекватна.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс ритмичный, наполненный. 76 в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, перистальтика выслушивается. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Патологические образования в брюшной полости пальпаторно не определяются.

Стула не было, газы отходят, Дизурии нет.

22.10.2010

Жалобы на умеренные боли в правом подреберье.

Состояние больной без отрицательной динамики. Ночью спала. В сознании, контактна, адекватна.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, патологических шумов нет. Пульс ритмичный, наполненный, 78 ударов в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, перистальтика выслушивается. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Патологические образования в брюшной полости пальпаторно не определяются.

Стул оформленный, газы отходят, Дизурии нет

**Этиология и патогенез**

Камни прежде всего и почти исключительно развиваются в желчном пузыре. Образование камней в неизмененном (неповрежденном) общем желчном протоке наблюдается очень редко. В развитии заболеваний желчных путей и пузыря важную роль играют переедание и гиподинамия. Холециститами (особенно каменными) чаще болеют люди, страдающие ожирением. Предрасполагающим фактором служит избыточное потребление мяса и животных жиров. При вегетарианском рационе холециститы и ЖКБ встречаются реже.

Причинами развития камней являются застой желчи, изменение ее состава (дисхолия) и инфекционно-воспалительные процессы в желчных протоках и пузыре.

В последние десятилетия утвердились представления о продукции желчи как сложном секреторном процессе, решающая роль в котором отводится гепатоциту. Формирование неполноценных желчных мицелл, в которых отмечается избыточное количество холестерина и уменьшенное содержание фосфолипидов и желчных кислот, создает предпосылки для формирования камней: желчь становится литогенной. Таким путем образуются наиболее распространенные камни — холестериновые.

Высказано мнение о ятрогенных заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей. Диета с большим содержанием жира, ограниченный двигательный режим способствуют повышению литогенности желчи. Ваготомия (нарушение нормального опорожнения пузыря), резекция дистальных отделов тонкой кишки (нарушение печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот), а также лигатуры общего желчного протока нередко оказываются факторами, способствующими развитию ЖКБ.

Возникновению ЖКБ может способствовать также длительный прием лекарств (пероральные контрацептивы и др.).

При острой закупорке желчного пузыря не всегда развивается острый холецистит. При непродолжительной блокаде неинфицированного пузыря, как правило, возникает лишь приступ желчнопузырной колики. У большинства подобных больных довольно быстро желчединамика восстанавливается, так как камень либо возвращается в полость пузыря, либо пролабирует в общий желчный проток. У меньшинства колика также быстро стихает, однако ущемление камня, а следовательно, блокада пузыря сохраняются. Возможно, в этих случаях имеет место неполное нарушение желчединамики в зоне ущемления камня. У больных с непродолжительным приступом желчнопузырной колики выраженных признаков острого холецистита не развивается и, в частности, не регистрируется, по данным УЗИ, значительного утолщения стенок пузыря. Таким образом, следует различать простую миграцию камня, сопровождающуюся желчнопузырной коликой, и осложненную миграцию камня, приводящую к острому холециститу.