**Гангренозный холецистит. Паравезикальный инфильтрат. Состояние после холецистэктомии**

##### **1.Официальные данные**

##### Ф.И.О.: Х

##### Возраст: 58 лет

##### Профессия: Водитель

##### Домашний адрес: г. Барнаул

##### Дата поступления в клинику: 24 августа 2019 г.

##### Дата начала курации: 8 сентября 2019 г.

##### **2.Жалобы**

##### Жгучая боль в правом подреберье, постоянного характера с иррадиацией в правое плечо, тошнота, горечь во рту, рвота, слабость.

##### **3.Anamnesis morbi**

##### Больным считает себя с 22 августа 2019 года, когда впервые почувствовал умеренные постоянные боли в правом подреберье, слабость, тошноту. Данные симптомы появились после употребления копчёной колбасы. Принимал таблетки «Спазган», «Пенталгин». Улучшения самочувствия не наступило. Со временем состояние больного ухудшилось, боли усилились в локализации правого подреберья, стали нестерпимыми и возникла однократная рвота с примесью желчи. 24 августа вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

##### **4.Anamnesis vitae**

##### Родился в 1957 году в городе Барнаул. Был вторым ребёнком в семье. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Окончил школу, профессиональное училище. Служил в армии. Работает водителем. На данный момент проживает в г. Барнауле.

##### Социальные условия жизни хорошие.

##### В детстве переболел ветряной оспой, болел ангиной, гриппом, ОРВИ.

##### Отмечает наличие язвы, сахарного диабета 2 типа.

##### Гемотрансфузии отрицает.

##### Туберкулез, инфекционный гепатит, венерические заболевания отрицает. Вредные привычки: скуривал по 2 пачки сигарет в день, злоупотреблял алкоголем.

##### Аллергологический анамнез не отягощен.

##### Какими заболеваниями страдали родители, не помнит.

##### **5.Общий осмотр**

##### Общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное. Положение в постели активное. Телосложение пропорциональное, конституция гиперстеническая. Походка нормальная, осанка прямая. Рост больного 175 см, вес 83 кг. ИМТ=28,056. Температура тела на момент курации 37,6оС.

##### **6.Исследование отдельных частей тела**

##### Кожные покровы телесного цвета, сухие. Эластичность кожи сохранена. Сыпи нет.

##### Ногти нормальной формы, поперечная исчерченность отсутствует.

##### Подкожно-жировая клетчатка выражена чрезмерно. Места наибольшего отложения жира на животе. Периферических отёков нет.

##### Периферические лимфатические узлы не увеличены, консистенция эластичная, болезненность отсутствует, подвижность в норме, с кожей и окружающей клетчаткой не спаяны, изъязвлений и свищей нет.

##### Подкожные вены не расширены.

##### Форма головы овальная, нормоцефалия, положение головы прямое.

##### Шея не искривлена, щитовидная железа нормальной формы, не увеличена в размерах, равномерной эластичной консистенции, болезненность отсутствует.

##### Выражение лица спокойное. Глазная щель не изменена, веки и глазное яблоко в норме. Конъюнктива розовая, влажная. Склеры белые, зрачки круглые, нормальной ширины, реакция на свет сохранена. Нос нормальной величины, курносый. Углы губ симметричны, цвет губ бледный.

##### Исследование опорно-двигательного аппарата

##### Осмотр:

##### Конфигурация суставов не изменена, величина окружности суставов в норме, окраска кожи над суставами не изменена, степень развития мышечной системы умеренная.

##### Поверхностная пальпация:

##### Температура кожи над поверхностью суставов не изменена, болезненность по ходу суставной щели отсутствует, болезненность при активных движениях отсутствует.

##### Глубокая пальпация:

##### Выпот в полости суставов отсутствует, болезненность отсутствует, статическая и динамическая сила мышечной системы в норме, мышечный тонус – нормотония.

##### Перкуссия:

##### Болезненность в костях при поколачивании отсутствует.

##### Исследование органов дыхания

##### Осмотр грудной клетки:

##### Форма грудной клетки нормальная, гиперстеническая, обе половины симметричны, равномерная экскурсия с обеих сторон. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений 19 в минуту, ритм дыхания правильный, глубина дыхательных движений умеренная. Экскурсия грудной клетки 3 см.

##### Пальпация грудной клетки:

##### Резистентность нормальная, болезненность грудной клетки не выявлена, голосовое дрожание не изменено.

##### Сравнительная перкуссия лёгких:

##### Перкуторный звук над лёгкими ясный.

##### Топографическая перкуссия

##### Высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4см

##### Ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5 см

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
|  Линии |  Справа |  Слева |
| Парастернальная |  5 м/р |  - |
| Среднеключичная |  6 м/р |  - |
| Передняя подмышечная |  7 м/р |  7 м/р |
| Средняя подмышечная |  8 м/р |  8 м/р |
| Задняя подмышечная |  9 м/р |  9 м/р |
| Лопаточная |  10 м/р |  10 м/р |
| Паравертебральная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |
| Подвижность легочного края |
| Среднеключичная |  4 см |  - |
| Средняя подмышечная |  5 см |  5 см |
| Лопаточная |  4 см |  4 см |

##### Аускультация лёгких:

##### Дыхание ослаблено во всех парных точках. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

##### Исследование органов кровообращения

##### Осмотр области сердца и сосудов:

##### При осмотре дефигураций в области сердца не выявлено. Пульсация в области сердца и во внесердечной области не видна.

##### Пальпация области сердца и сосудов:

##### Верхушечный толчок прощупывается в V межреберье слева на 1 см кнутри от среднеключичной линии, нормальный, не разлитой, мягкий (1,5 см в диаметре). Сердечный толчок не прощупывается, систолическое и диастолическое дрожание отсутствует.

##### Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, напряженный, полный, большой, одинаковый на обеих руках.

##### Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | В IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | В V межреберье слева на 1 см кнутри от среднеключичной линии | В V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье на 1 см кнаружи от левой окологрудинной линии | На 1 см кнаружи от левой окологрудинной линии в IV межреберье |

##### Длинник сердца по Курлову – 15 см, поперечник – 12 см.

##### Сосудистый пучок во II межреберье, не выходит за края грудины (6см)

##### Конфигураци сердца аортальная.

##### Аускультация сердца и сосудов

##### Тоны сердца приглушены, нормального тембра, ритм правильный. Внутрисердечные, внесердечные, сосудистые шумы отсутствуют.

##### Артериальное давление 130/80 мм рт. ст.

##### Исследование органов мочевыделения

##### Осмотр:

##### В поясничной области покраснения, отеков и припухлостей не выявлено. Выпячивания над лобком отсутствуют.

##### Пальпация:

##### При глубокой пальпации почки не пальпируются. Мочевой пузырь безболезненный.

##### Перкуссия:

##### Болезненность в поясничной области не выявлена. Симптом поколачивания отрицательный.

##### Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

##### Нервная и эндокринная система

##### Нарушение координации движения при ходьбе не отмечает. Болевая, тактильная и температурная чувствительность сохранены.

##### Выражение лица нормальное, глазные щели без особенностей, отечности, дрожания век нет. Глазные яблоки без выпячиваний и западений. Форма зрачков округлая, реакция на свет сохранена. Тремора рук, языка нет. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная, мягкой консистенции. Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, стоп нет.

##### **Status localis**

##### Исследование органов пищеварения

##### Слизистая рта бледно-розовая, признаков патологии не выявлено. Дёсны розовые, их кровоточивость повышена. Больной высовывает язык свободно, цвет языка розовый, величина не изменена, язык сухой, частично обложен белым налётом, сосочки выражены умеренно.

##### Форма миндалин правильная, из-за дужек не выступают, окраска розовая.

##### Осмотр живота

##### Живот увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсаций нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается.

##### Пальпация живота

##### Послойная пальпация: Кожа живота телесного цвета, сухая, чувствительность кожи живота сохранена, гиперестезия в области правого подреберья. Подкожно-жировая клетчатка без изменений. Локальное мышечное напряжение в области правого подреберья. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено.

##### При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка цилиндрической формы, с гладкой поверхностью, мягкая, эластичная, подвижная, безболезненная, урчания нет. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде плотного цилиндра, подвижная, не урчащая, безболезненная.

##### Восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота в виде гладкого, подвижного, умеренно плотного безболезненного, неурчащего цилиндра. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота в виде гладкого, подвижного, умеренно плотного безболезненного, неурчащего цилиндра.

##### Поперечная ободочная кишка пальпируется в виде поперечно расположенного, умеренно плотного безболезненного подвижного, неурчащего цилиндра. Желудок не пальпируется.

##### Селезенка не увеличена. Нижний край печени не пальпируется.

##### Перкуссия живота:

##### Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

##### Размеры печени по Курлову: 10/9/8 см.

##### Френикус-симптом, симптомы Грекова-Ортнера, Мёрфи, Кера положительные.

##### Аускультация живота:

##### Шум перистальтики кишечника.

##### Стул оформленный, регулярный, без посторонних примесей, цвет светло-коричневый, консистенция не изменена.

##### **7.Предварительный диагноз**

##### На основании жалоб на жгучую боль в правом подреберье умеренной интенсивности, постоянного характера, тошноту, слабость, а также анамнеза заболевания можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система. Локализация болей в правом подреберье указывает на вовлечение в патологический процесс печени и желчного пузыря.

##### По данным объективного обследования температура тела больного субфебрильная, что может указывать на воспалительный процесс в организме.

##### Локальное мышечное напряжение в области правого подреберья, увеличение размеров печени, положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мёрфи, Кера, френикус-симптом свидетельствуют об остром деструктивном процессе в желчном пузыре.

##### На основании выше перечисленного можно поставить предварительный диагноз: Острый деструктивный холецистит.

##### **8.План дополнительных методов исследования больного**

##### Общий анализ крови

##### Общий анализ мочи

##### Биохимический анализ крови

##### Коагулограмма

##### Электрокардиография

##### УЗИ печени и желчного пузыря

##### **9.Результаты исследования**

##### Общий анализ крови от 24.08.19:

##### Гемоглобин 162 г/л

##### Лейкоциты 9,5х109 /л

##### Общий анализ крови от 25.08.19:

##### Гемоглобин 140 г/л

##### Гематокрит 42%

##### Лейкоциты 6,8х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | Миелоциты | Метамиелоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моноциты |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 56 | 36 | 7 |

##### Общий анализ мочи от 25.08.19:

##### Белок 0,082 г/л

##### Глюкоза- отриц

##### Мочевой осадок:

##### Лейкоциты в п. зр. 6-8

##### Эпителий плоский в п. зр. 2-3

##### Соли не обнаружены

##### Слизь ++

##### Бактерии +

##### Биохимический анализ крови от 25.08.19:

##### Общий белок 70 г/л

##### Билирубин общий 20 мкмоль/л

##### Билирубин прямой 8 мкмоль/л

##### Билирубин непрямой 12 мкмоль/л

##### α-амилаза 24 мг/л\*с

##### Биохимический анализ крови от 26.08.19:

##### Билирубин общий 33 мкмоль/л

##### Билирубин прямой 7 мкмоль/л

##### Билирубин непрямой 26 мкмоль/л

##### Креатинин 116 мкмоль/л

##### Мочевина 9,9 ммоль/л

##### α-амилаза 68 мг/л\*с

Ориентировочная коагулограмма от 26.08.19:

Протромбиновый индекс 97%

Фибриноген 10 г/л

АЧТВ 38,9 с

ЭКГ от 26.08.19:

ЧСС 83 уд/мин, Р=0,1 с, PQ=0.14 с, QRS=0,09 с, RR=0,72 с. ЭОС нормальная. Q=0,36 c. Эл. систола в пределах нормы.

Заключение: Ритм синусовый. Умеренные изменения в миокарде.

ЭКГ от 26.08.19:

ЧСС 71 уд/мин, Р=0,1 с, PQ=0,15 с, QRS=0,09 с, RR=0,84 с. ЭОС горизонтальная. Q=0,38 c. Эл. систола в пределах нормы.

Заключение: Ритм синусовый. Сохраняются умеренные изменения в миокарде.

##### Ультразвуковое исследование внутренних органов от 26.08.19:

##### Выраженный пневматоз.

##### Печень: КВР 161мм, ККР 81мм, контур ровный, край закруглен, структура мелкозернистая, однородная, эхогенность повышена, диаметр воротной вены 8,5 мм.

##### Желчный пузырь увеличен, 98\*55 мм, стенки утолщены до 6 мм, ровные. В полости лоцируются конкременты до 0,8 см в диаметре. Паравезикально лоцируется полоска жидкости. Внутрипеченочные протоки не расширены. Гепатохоледох не расширен.

Поджелудочная железа: лоцируется фрагментально. Контуры четкие, ровные, структура однородная, проток не расширен.

##### Селезёнка: не увеличена, 112\*43 мм, контуры ровные, эхоструктура однородная.

##### Почки: расположены в обычной проекции, размеры в пределах нормы. Контуры ровные, чёткие, эхогенность паренхимы обычная. Эхоструктура паренхимы не изменена. ЧЛС не расширена. Камни, кисты не лоцируются. Свободная жидкость в брюшной полости не лоцируется.

##### Заключение: Диффузные изменения структуры печени. Утолщение стенок, увеличение размера желчного пузыря. Конкременты в желчном пузыре.

**10. Клинический диагноз**

На основании жалоб на жгучую боль в правом подреберье умеренной интенсивности, постоянного характера, тошноту, слабость, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система, а если основываться на локализацию болей в правом подреберье указывает на вовлечение преимущественно печени и желчного пузыря.

По данным объективного обследования температура тела больного субфебрильная, что может указывать на воспалительный процесс в организме. Локальное мышечное напряжение в области правого подреберья, положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мёрфи, Кера, френикус-симптом свидетельствуют об остром деструктивном процессе в желчном пузыре.

На основании выше перечисленного можно поставить предварительный диагноз: Острый деструктивный холецистит.

Лабораторно: эритроцитоз, лейкоцитоз. Небольшое увеличение числа лейкоцитов свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме. Увеличение содержания билирубина в крови (как прямого, так и непрямого) указывает на поражение печени. Увеличение количества фибриногена также говорит о воспалительном процессе.

Концентрация α-амилазы также повышена, что возможно при остром холецистите. В анализе мочи – повышен удельный вес, протеинурия, лейкоциты, слизь и бактерии в моче. Всё это может указывать на воспалительный процесс как в органах мочевыделительной системы, так и в других органах.

На УЗИ внутренних органов обнаружены диффузные изменения структуры печени, утолщение стенок, увеличение размера желчного пузыря, конкременты в желчном пузыре. Всё это свидетельствует о желчнокаменной болезни, а также о воспалительных изменениях желчного пузыря – холецистите.

Основываясь на вышеперечисленных данных, можно поставить клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый деструктивный калькулёзный холецистит.

**11.Дифференциальная диагностика**

Необходимо дифференцировать острый холецистит с острыми заболеваниями органов грудной клетки и брюшной полости, имеющими сходную клиническую симптоматику.

Острый холецистит нужно дифференцировать с острым аппендицитом при подпечёночном расположении червеобразного отростка. Основной симптом, отличающий острый аппендицит от острого холецистита, – симптом Кохера-Волковича, т. е. боли начинаются в эпигастрии, а затем перемещаются к месту расположения червеобразного отростка (при подпечёночном расположении – в правое подреберье). У данного пациента боли сразу появились в правом подреберье, что указывает на острый холецистит. Также на УЗИ внутренних органов определяются признаки острого холецистита – диффузные изменения структуры печени, утолщение стенок, увеличение размера желчного пузыря, конкременты в желчном пузыре.

Также острый холецистит следует дифференцировать с прободной язвой желудка или 12-перстной кишки. При перфорации язвы возникает резкая кинжальная боль. У данного больного боль в правом подреберье умеренной интенсивности, постоянного характера. При прободной язве возникает сильное напряжение мышц живота – «доскообразный живот», положительные симптомы раздражения брюшины. У больного наблюдается лишь локальное мышечное напряжение в области правого подреберья, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

По результатам ультразвукового исследования внутренних органов, в брюшной полости не выявлено жидкости и газа, определяются вышеперечисленные признаки острого холецистита. Перфорация язвы возникает, в основном, у пациентов с длительным язвенным анамнезом. У данного пациента язвенный анамнез отсутствует. Таким образом, можно исключить диагноз перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки.

Одно из острых заболеваний грудной клетки, которое необходимо дифференцировать с острым холециститом, – это правосторонняя нижнедолевая пневмония. Для неё характерны не только боли в области локализации воспалительного процесса, но и кашель, одышка. Данных симптомов у больного не наблюдается. При пневмонии в ходе объективного обследования при перкуссии выявляется притупление легочного звука над областью поражения, а при аускультации – сухие или влажные хрипы. У больного дыхание везикулярное во всех парных точках, при перкуссии – ясный легочной звук. УЗИ внутренних органов свидетельствует об остром холецистите. Таким образом, и диагноз правосторонней нижнедолевой пневмонии исключается.

**Клиника**

##### Острый холецистит — воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока. Возможно развитие патологической деструкции стенок желчного пузыря. В подавляющем большинстве случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами (камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы и т п.).

##### Причины холецистита:

##### повреждение стенок пузыря твердыми образованиями (камни), закупорка камнями желчного протока (калькулезный холецистит);

##### заражение желчи бактериальной флорой, развитие инфекции (бактериальный холецистит);

##### заброс ферментов поджелудочной железы в желчный пузырь (ферментативный холецистит).

##### Во всех случаях развитие воспаления в стенках желчного пузыря вызывает сужение просвета желчного протока (или его обтурацию конкрементом) и застой желчи, которая постепенно загустевает.

##### Классификация

##### Острый холецистит подразделяется по форме на катаральную и деструктивные (гнойные). Среди деструктивных форм, в свою очередь, выделяют флегмонозную, флегмонозно-язвенную, гангренозную и перфоративную, в зависимости от стадии воспалительного процесса.

Основным типичным признаком острого холецистита, является желчная колика – острая выраженная боль в правом подреберье, верхней части живота, возможно иррадирующей в спину (под правую лопатку), плечо. Реже иррадиация происходит в левую половину тела. При вовлечении в патологический процесс общего желчного протока, то локализация болей может проявляться и в эпигастрии. Предварять возникновение желчной колики может прием алкоголя, острой, жирной пищи, сильный стресс. Помимо болевого синдрома, острый холецистит может сопровождаться тошнотой (вплоть до рвоты с желчью), если рвота многократна, то это указывает на вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы, так же у больных отмечается субфебрильная температура.

В легких случаях (без наличия камней в желчном пузыре) острый холецистит протекает быстро (5-10 дней) и завершается выздоровлением. При присоединении инфекции развивается гнойный холецистит, у лиц с ослабленными защитными силами организма способный перейти в гангрену и перфорацию (прорывание) стенки желчного пузыря.

Эти состояния чреваты летальным исходом и требуют незамедлительного оперативного лечения.

Острый холецистит может иметь и атипичные клинические проявления

Гастритичеекий синдром. При этом синдроме ведущая роль принадлежит диспептическим растройствам.

Холецисто-кардиальнкй синдром. Характеризуется появлением во время приступа острого холецистита загрудинных болей в области сердца. Нередко болевой синдром в области сердца превалирует в клинической картине.

Холангический синдром. Развивается при наличии затруднения оттока желчи. Сопровождается резким повышением температуры, ознобом, иногда наблюдается стойкий субфебрилитет, больной теряет в весе. Желтухи при этом синдроме, как правило, не наблюдается.

Ферментативный холецистит. По сравнению с другими видами острого холецистита это заболевание течет с быстрым нарастанием перитонеальных симптомов. При этом более отчетливо определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, перитонеальные симптомы первоначально локализуются в правом подреберье, но очень быстро распространяются на все отделы живота. Также быстро нарастают симптомы интоксикации.

Сенильный холецистит. Известно, что острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста протекает иначе, чем в молодом возрасте. Однако в этом вопросе многие аспекты остаются неясными или спорными.

##### Так, например, обычно считается, что в пожилом возрасте клиническая картина оказывается стертой, симптомы холецистита менее выражены, что ведет к диагностическим ошибкам.

##### Сосудистый холецистит. Частота этой формы острого холецистита постоянно увеличивается. Изменения в сосудах стенки желчного пузыря многообразны и представлены циркуляторными, воспалительными, дистрофическими и склеротическими процессами. Сужение просвета сосудов, изменение сосудистой стенки и образование пристеночных тромбозов способствуют развитию очаговых некрозов в стенке желчного пузыря у больных сосудистым холециститом. Отсюда понятна та быстрота нарастания клинической картины острого холецистита, которая оказывает существеннее влияний на характер клинической картины острого холецистита.

##### Вторичный холецистит. Возникает у больных в послеоперационном периоде, после травмы, на фоне тяжелой патологии. К особенностям вторичного холецистита можно отнести то, что он возникает чаще у мужчин, в виде бескаменных форм, протекает со своеобразной клинической картиной, в которой преобладают симптомы интоксикации, общие симптомы, неопределенность местных, более высокая летальность.

##### **12.Патологическая анатомия**

Для острого холецистита характерно неспецифическое воспаление. По характеру и выраженности воспалительных изменений тканей *стенки* желчного пузыря различают катаральный(простой) и деструктивныйхолецистит.

Деструктивные формы могут возникать рано, через 3-4 дня от начала заболевания.

В случае спонтанного разрешения острое воспаление проходит, в основном, через 4 недели. Но некоторые остаточные явления воспаления сохраняются в течение нескольких месяцев. Конечной стадией патологических изменений в этих случаях является фиброз стенки желчного пузыря. При исследовании желчных пузырей, удаленных при остром холецистите, в 90% случаев обнаруживается фиброз, хотя многие больные при этом отрицают предшествующие приступы заболевания.

При остром катаральном холецистите желчный пузырь увеличен в размерах. Со стороны серозной оболочки он гиперемирован, с расширенными сосудами. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, покрыта мутной слизью. В просвете желчного пузыря обнаруживается водянистая желчь за счет примеси серозного экссудата.

Микроскопически в стенке желчного пузыря на фоне полнокровия и отека в слизистом и подслизистом слоях отмечаются инфильтраты, состоящие из полиморфноядерных лейкоцитов, макрофагов, а также пласты десквамированного эпителия. Нередко острое катаральное воспаление желчного пузыря может купироваться спонтанно. Чаще это бывает при некалькулезном холецистите.

Острый флегмонозный холецистит, как правило, развивается при наличии камней. Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен. Серозная оболочка утолщена, тусклая, покрыта фибрином. Слизистая оболочка набухшая, полнокровная, с кровоизлияниями, эрозиями, изъязвлениями. В стенке пузыря имеются очаги некроза и гнойного расплавления тканей. В просвете желчного пузыря скапливается гнойный экссудат, окрашенный желчью, иногда с примесью крови. Если гнойный экссудат не имеет выхода через пузырный проток из-за его обструкции конкрементом или сдавления воспалительным инфильтратом, развивается эмпиема желчного пузыря.

Микроскопически при флегмонозном холецистите отмечается диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки, кровоизлияния. При обширных кровоизлияниях воспаление может приобретать гнойно-геморрагический характер.

Флегмонозное воспаление нередко сопровождается выраженными нарушениями микроциркуляции, в результате чего на слизистой оболочке образуются язвы. В этом случае речь идет о флегмонозно-язвенном холецистите. Язвы могут привести к *перфорации* стенки желчного пузыря с развитием перитонита. Нередко при флегмонозном и флегмонозно-язвенном холецистите в стенке пузыря образуются *абсцессы,* которые также могут вскрываться в свободную брюшную полость с последующим перитонитом.

Прогрессирование воспаления, как правило, сопровождается нарушениями кровообращения в стенке пузыря, тромбозом сосудов. В результате, развивается гангренозный холецистит*,* характеризующийся обширными участками некроза или тотальным некрозом желчного пузыря. Стенка пузыря приобретает грязно-бурую окраску, становится тусклой, дряблой. Некротизированные участки могут покрываться фибрином, образующим пленки грязно-зеленого цвета. При обширном некрозе наступает перфорация стенки пузыря с развитием перитонита.

**13.Лечение**

Планируется выполнение холецистэктомии, т. к. острый деструктивный холецистит является абсолютным показанием для операции.

Предоперационная подготовка:

1. Ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин) при болях.

2. Спазмолитики (платифиллин, но-шпа).

3. Инфузионная терапия 2 л/сутки (гемодез, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы).

4. Предоперационная антибиотико-профилактика (Цефамандол 1 г в/в за полчаса до операции, затем 1 г в/в через 2 ч после операции)

5. Ограничить прием пищи, щелочное питье.

##### 27.08.19 под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому дренирование брюшной полости. Тип операции: экстренная.

Протокол операции: Обработка операционного поля. Инцизионно введен троакар с телескопом. Под контролем в стандартных точках. Во время операционного вмешательства был обнаружен спаечный процесс в правой подвздошной области не большой. Желчный пузырь и элементы гепато-дуоденальной связки инфильтрированы, спаянны, желчный пузырь увеличен в размерах, гангренозно изменен из полости получена черная желчь. Препарирована шейка желчного пузыря, рассечен, заведен дренаж, клепирован. Артерия клепирована. Желчныйпузырь удален субсерозно, взят посев перипузырного содержимого. Гемостаз под коагуляцией. Туалет области операции. Проверка гемостаза. Дренаж в печеночное пространство, малый таз, справа и слева поддиафрагмально. Послойно швы на раны. Асептическая повязка.

Макропрепарат: Пузырь 98\*55 мм, стенка гангрено изменена, уплотнена, в просвете пузыря- темная желчь.

Диагноз послеоперационный: К80.0 Острый гангренозный холецистит.

Послеоперационное ведение больного:

Диета: 1-е сутки – голод – до восстановления перистальтики, затем жидкий стол (№0), стол №5а в течение недели, затем стол №5

Инфузионно-трансфузионная терапия (Sol. Glucosi 5% - 400 ml, Insulini 4ED; Sol. KCl 4% - 30 ml; Vit. C 5% - 5.0 ml; Sol. Ringeri – 1600.0, Platifilini – 1.0 mg; фуросемид – 40 мг.)

Швы снять на 7-10 сутки, дренажи – по мере отсутствия экссудата.

**Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный, прогноз для здоровья благоприятный при соблюдении диеты, прогноз для трудоспособности благоприятный.

##### **Эпикриз**

##### холецистэктомия гангренозный калькулезный

##### Пациент \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (58 лет) доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на жгучие боли, постоянного характера в правом подреберье с иррадиацией в спину (под правую лопатку), плечо, тошноту. Заболел остро 24.08.19 около 09:30 часов. Сначала почувствовал умеренные постоянные боли в правом подреберье, затем болезненность очень быстро усилилась и стала нестерпимой. Появилась однократная рвота с примесью желчи не приносящая облегчения. После приема «Спазган», «Пенталгин» боль не прекращалась. При поступлении состояние тяжелое. На основании жалоб пациента: (на сильные постоянные жгучие боли в правом подреберье с иррадиацией в область спины, плечо; тошноту, рвоту с примесью желчи не приносящую облегчения).

##### Результатов объективного исследования: при пальпации живота определялась резкая болезненность и локальное мышечное напряжение в области правого подреберья, при перкуссии были выявлены положительные симптомы (Грекова-Ортнера, Мёрфи, Кера, Френикус-симптом).

##### Данных лабораторных и инструментальных исследований: (эритроцитоз, лейкоцитоз, повышение в крови билирубина (как прямого, так и непрямого), α-амилазы.

##### УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения структуры печени, утолщение стенок, увеличение размера желчного пузыря, конкременты в желчном пузыре.

Результатов гистологического исследования после холецистоэктомии: Макропрепарат: Пузырь размером 98\*55 мм, стенка гангрено изменена, уплотнена, в просвете пузыря- темная желчь.

##### Заключение: Гангренозный калькулезный холецистит.

##### Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь желудка, сахарный диабет 2-го типа.

##### За время пребывания было проведена операция 29.01.13: Лапароскопическая олецистэктомия, дренаж холедоха по Пиковскому, дренаж брюшной полости.

##### Пациент получал лечение: Sol. Glucosi 5% - 400 ml, Insulini 4ED; Sol. KCl 4% - 30 ml; Vit. C 5% - 5.0 ml; Sol. Ringeri – 1600.0, Platifilini – 1.0 mg; фуросемид – 40 мг. Отмечается положительная динамика. Пациент был выписан 13.09.19

**Использованная литература**

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – 16-е изд., перераб., испр. и доп. – М.: Новая волна: Издатель Умеренков, 2010. – 1216 с.
2. Схема истории болезни (для студентов 3, 4 курсов лечебного, стоматологического, педиатрического и медико-профилактического факультетов) / Кузнецова А. В., Березенко Е. А.; под редакцией А. В. Молчанова. – изд. и доп. – Барнаул: Изд-во ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 2008. – 36 с.
3. Хирургические болезни. Материалы к лекциям и практическим занятиям / Под редакцией члена-корреспондента РАМН, доктора медицинских наук, профессора Я. Н. Шойхета // Барнаул: Азбука, 2007. – 634 с.
4. http://ultraclinic.com.ua/diagnostika/uzi/uzi-zhelchnogo-puzyrya/
5. http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/ostryj-kalkuleznyj-xolecistit.html