**Челябинская государственная медицинская академия**

**Кафедра общей хирургии**

Заведующий кафедрой: доктор медицинских наук,

профессор Привалов В.А.

Ассистент: Кочнева Е.В.

**История болезни:**

ФИО, 64 года

Диагноз: Хронический калькулезный холецистит

Кураторы:

Шапошник М.И.

Атаманюк С.В.

Группа 321

Челябинск, 2005г.

**Паспортная часть**

**Ф.И.О.** ФИО

**Дата рождения:** 2 июля 1940 года

**Возраст:** 64 года

**Адрес:** г.Челябинск, ул. Воровского 19а - 82

**Дата поступления:** 14 марта 2005 года

**Дата курации:** 15 марта 2005 года

**Жалобы на момент курации**

Периодические тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясничную область, появляющиеся после еды, ощущение горечи во рту в течение дня, в ночные часы ощущение горькой отрыжки, изжога, тошнота после еды, иногда на голодный желудок, отхождение газов.

**Anamnesis morbid**

Считает себя больной с 1998 года, когда впервые появились тупые ноющие боли в правом подреберье. Наблюдалась у гастроэнтеролога с диагнозом мочекаменная болезнь. Получала адекватное лечение (Хелицид, Гастал). В 2005 обратилась к гастроэнтерологу по поводу усиливающихся болей в правом подреберье и постоянного чувства горечи во рту. Гастроэнтеролог направил больную в Городскую клиническую больницу №1, где, со слов больной, было произведено ультразвуковое исследование брюшной полости и обнаружен камень в желчном пузыре размером 55 мм, в связи с чем для решения вопроса об оперативном лечении была направлена в экстренное хирургическое отделение ЧГКБ №1.

**Аnamnesis vitae**

Родилась в деревне в Курганской области. Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила десятилетнюю школу, образование средне-специальное. Работала на часовом заводе мастером-контролером. В 1995 году вышла на пенсию, но продолжает работать контролером продукции на том же заводе. Замужем, дочери – 45 лет. Отец умер в 46 лет от инсульта, матери 85 лет, болеет полиартритом. Сестер, братьев нет.

Перенесенные заболевания:

* Корь в детстве
* ОРВИ 2 раза в год
* Оперирована по поводу мастита в 1963 году
* Гипертоническая болезнь с 1998 года( максимальное АД 200/120)
* Полиостеоартроз с 2001 года
* Сахарный диабет, туберкулез, гепатиты B,C,D, заболевания, передающиеся половым путем, отрицает.

Проживает в удовлетворительных социально-бытовых условиях: городская квартира, питание регулярное, разнообразное.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает.

Кровь и кровезамещающие жидкости не переливали.

Аллергия в виде сыпи на мазь «Хондроксид». Реакции в виде отека Квинке, анафилактического шока и кожного зуда на медикаменты и лекарственные препараты отсутствует.

Месячные прекратились в 1991 году. 2 беременности, 1 роды, 1 медицинский аборт.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см. Вес 80 кг. Кожа бледно-розовая, чистая, влажная, тургор нормальный. Слизистые оболочки бледно-розовые. Ногти на руках и ногах имеют овальную форму, блестящие, без исчерченностей и повреждений. Волосы на голове - блестящие, прямые, светлые. Конъюнктивы и слизистая рта розовые, чистые.

Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Толщина кожной складки на уровне пупка 3 см. Справа и слева пальпируются подчелюстные лимфоузлы диаметром до 1,5 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, с гладкой поверхностью, безболезненные. Другие лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы развиты умеренно, тонус понижен.

Органы дыхания

Дыхание через нос, свободное. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Грудной тип дыхания, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений - 16 в мин. Экскурсия грудной клетки - 6 см. Резистентность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание не изменено. Характер перкуторного звука - ясный, одинаковый с обеих сторон. Границы легких: верхушки легких спереди - на 3 см выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренига 4 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы лёгких | | |
| Перкуторные линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | 5 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11 ребро |

Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии справа 6см, слева 6 см. При сравнительной перкуссии – ясный лёгочный звук над всеми полями. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Органы кровообращения

Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный горб не определяется. При пальпации верхушечный толчок усиленный, разлитой, высокий, смещен влево, приподнимающий, определяется в 6 межреберье на 1 см кнаружи и от левой среднеключичной линии. Систолическое и диастолическое дрожание не определяются. Границы относительной сердечной тупости: правая - 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - 6 межреберье на 1см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в 3 межреберье по левой окологрудинной линии. Поперечник сердца 15 см. Ширина сосудистого пучка 5 см. Ритм сердца правильный, ЧСС 56 ударов в минуту, Тоны сердца ритмичные, приглушены, соотношение тонов в норме (на верхушке и у основания мечевидного отростка преобладает 1 тон, на основании сердца – 2 тон), дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

Стенки артерий эластичные, ровные, уплотнений не содержат. Определяется симметричная пульсация на височных, сонных, плечевых, лучевых, бедренных, подколенных, задних большеберцовых артериях и артериях свода стопы. Артериальный пульс нормальный, правильный, среднего напряжения, полный. Артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Вены конечностей, шеи, груди, передней брюшной стенки умеренно выражены, не набухшие, без узловатостей. Пальпаторно мягкие, безболезненные. Вены шеи не пульсируют.

Органы пищеварения

При осмотре полости рта обнаружено: запах обычный, язык чистый, влажный, сосочки хорошо выражены. Слизистые десен, мягкого и твёрдого неба, задней стенки глотки чистые. Миндалины не увеличены. Зубы санированы.При глотании прохождение грубой пищи и жидкости затруднено.

Головка и тело поджелудочной железы не пальпируются.

Печень. Перкуторные размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии составляет 9 см, по передней срединной линии-8 см, по левой реберной дуге- 7 см. Нижний край печени пальпируется края реберной дуги мягкий, острый, ровный, безболезненный.

Перкуторные размеры селезенки: длинник 7см, поперечник 5 см. Край селезёнки не пальпируется, область левого подреберья при пальпации безболезненная.

Органы мочеотделения

В положении больного лежа на спине и стоя правая и левая почки не пальпируются. Область почек при пальпации безболезненна. Симптом поколачивания по поясничной области безболезненный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выходит из-за лонного сочленения и не пальпируется. Пальпация верхних и нижних мочеточниковых точек справа и слева безболезненная. Мочеиспускание свободное.

Нервная система

Больная находится в сознании, ориентирована в пространстве, во времени сохранена, легко входит в контакт, речь правильная, настроение ровное, сон спокойный.

**Status localis**

Осмотр живота: форма и величина живота нормальные. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Пупок втянут. Характер перкуторного звука тимпанический. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. При аускультации выслушивание перистальтических шумов в норме. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье в точке проекции желчного пузыря и в области пупка, патологического напряжения мышц нет, грыжи не пальпируются, прямые мышцы не расходятся.

Желчный пузырь не пальпируется, точка пальпации желчного пузыря умеренно болезненна. Симптомы Кера и Грекова-Ортнера слабоположительны. Симптом Курвуазье и френикус-симптом отрицательны.

При пальпации печень не увеличена.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больной (тупые боли в правом подреберье, чувство горечи во рту), анамнеза заболевания (желчнокаменная болезнь с 1998 года), данных объективного обследования (болезненность в правом подреберье, слабоположительные симптомы Кера и Грекова-Ортнера), а также относительно удовлетворительное состояние больной на протяжении заболевания можно поставить предварительный диагноз: Хронический калькулезный холецистит.

**План дополнительных исследований**

1. Общий анализ крови (может быть лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, увеличение СОЭ вследствие воспалительного процесса)
2. Общий анализ мочи (может быть повышение уробилина, желчных пигментов вследствие механической желтухи)
3. Функциональные пробы печени (для определения состояния пигментного обмена, повышения общего и связанного билирубина вследствие механической желтухи)
4. ЭКГ для определения состояния сердца (гипертрофия левого желудочка, коронарная недостаточность, нарушения ритма)
5. УЗИ (для определения величины желчного пузыря, состояния стенок, наличия конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках)

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

Общий анализ крови (14.03.05)

Эритроциты 4,5\*1012/л

Гемоглобин 144 г/л

Цв.п. 0,9

Лейкоциты 5,6\*109/л

Лейкоцитарная формула (в %):

Б Э М Ю Пя С Л М

1 16 ⇑ - - 5 34 38 6

СОЭ 30 мм/ч ⇑.

Анализ мочи (14.03.05)

Цвет светло желтая

Реакция кислая

Удельный вес 1018

Прозрачность прозрачная

Белок нет

Осадок нет

Эпителий 0-1 в п. зр.

Лейкоциты 2-3 в п.зр.

Эритроциты --

Биохимические анализы (14.03.05)

Сахар крови 3,0 ммоль/л

Билирубин 29,0 мкмоль/л ⇑

Прямой билирубин 7,8 мкмоль/л

Амилаза 3 ед.

Креатинин 78,6 мкмоль/л

Мочевина 5,4 ммоль/л

АЛТ 13 ед

АСТ 26 ед

Тимоловая проба 0

Щелочная фосфатаза 164 ед.

Калий 4,2 ммоль/л

Натрий 144 ммоль/л

Общий белок 100 г/л

Протромбиновое время 12 сек

Фибриноген плазмы 3,5 г/л

Реакция на ВИЧ-инфекцию отрицательная

ЭКГ(15.03.05): Ритм синусовый. Синусовая брадикардия. Замедление внутрисердечной проводимости. ЧСС = 56 уд/мин

Температура 36,8 градусов

**Основной диагноз**

На основе жалоб больной (тупые ноющие боли в правом подреберье продолжительностью около получаса, ощущение горечи во рту), анамнеза заболевания (желчнокаменная болезнь с 1998 года, на УЗИ камень в желчном пузыре размером 55 мм), а также данных лабораторных исследований (повышение общего и связанного билирубина, повышения СОЭ до 30 мм/ч) и относительно удовлетворительного состояния больной на протяжении заболевания можно поставить диагноз: Хронический калькулезный холецистит.

В связи с повышением у больной свободного и связанного билирубина существует подозрение на механическую желтуху, для диагностики которой требуется дополнительное обследование желчных протоков.

**Лечение**

В данном случае показаны:

* Диета. В стадии обострения – диета №5а, в стадии нерезкого обострения и ремиссии – диета №5, после операции – диета №5щ (щадящая). Показана полноценная пища с ограничением жирных и жареных блюд, а также острых приправ. Желательно преобладание растительной пищи. Рекомендуют теплые минеральные воды без газа.
* Оперативное вмешательство. Хронический калькулезный холецистит является показанием для операции, если длительное консервативное лечение не дает видимых результатов. Операция ведет к устранению болей и представляет собой холецистэктомию (удаление желчного пузыря). В данном случае рассматривается 3 варианта проведения операции:
  + Лапароскопия
  + Операция из мини-доступа
  + Операция с широким доступом

Показанием к операции является неэффективность консервативного лечения, частые приступы обострения, длительность заболевания, а также снижение качества жизни больной.

Операция с широким доступом.

Во время операции положение больного на спине, под нижний отдел грудной клетки подкладывают валик или приподнимают предназначенную для этой цели секцию операционного стола. Операция всегда выполняется под общим обезболиванием. Хорошим доступом является разрез по Федорову. Его начинают по срединной линии ниже мечевидного отростка, ведут на несколько сантиметров вниз, а затем вправо параллельно реберной дуге, на 2-3 см ниже ее. Часто пользуются слегка выпуклым снизу разрезом Курвуазье, идущим также вдоль реберной дуги. Удобен для хирургических вмешательств на желчных путях угловой разрез по Рио-Бранко; его начинают ниже мечевидного отростка, ведут по срединной линии вниз; не доходя несколько сантиметров до пупка, разрез поворачивают вправо и по слегка дугообразной линии направляют к концу 11 ребра. В медиальной части указанных разрезов пересекают прямую мышцу живота, в толще которой перевязывают a.epigastrica superior. В латеральной части раны последовательно разрезают наружную, внутреннюю и поперечную мышцы живота, поперечную фасцию и брюшину. После вскрытия брюшной полости правую долю печени приподнимают кверху, а поперечноободочную и двенадцатиперстную кишки оттесняют книзу. Печень удерживают специальным прямоугольным зеркалом или непосредственно рукой с помощью марлевой салфетки. Производят осмотр и пальпацию желчного пузыря, желчных путей и окружающих органов. Удаление желчного пузыря производят либо от дна, либо от шейки. При обоих способах важнейшим моментом является выделение и перевязка пузырной артерии и пузырного протока в области печеночно-двенадцатиперстной связки. Этот момент связан с опасностью повреждения печеночной артерии и ее ветвей, а также воротной вены; случайная или вынужденная перевязка артерии приводит к некрозу печени, а при ранении воротной вены возникает трудно останавливаемое кровотечение. Ориентировка в ране часто затруднена из-за наличия спаек, воспалительного отека, рубцов и атипичного расположения ветвей печеночной артерии. Перед удалением желчного пузыря операционное поле должно быть изолировано тремя марлевыми салфетками: одну укладывают вниз на двенадцатиперстную и поперечноободочную кишку, другую – между печенью и верхним полюсом почки к винсловову отверстию, третью – на желудок.

В настоящее время «золотым стандартом» является выполнение операции [лапароскопическим](http://www.megakm.ru/health/Encyclop.asp?Topic=STAT_METHODS_6076) методом — через отдельные точечные проколы брюшной стенки под контролем эндоскопической аппаратуры. Операция начинается с выделения пузырного протока и артерии, которые пересекаются после наложения танталовых скобок. После этого желчный пузырь выделяется из своего ложа в [печени](http://www.megakm.ru/health/Encyclop.asp?Topic=STAT_ANAT02_5884) с помощью электрокоагуляции и удаляется из брюшной полости. Места введения инструментов (4 точки) ушиваются швами. В отдельных случаях (выраженные воспалительные изменения, грубые рубцовые деформации, наличие внутренних свищей) по ходу выполнения операции могут возникнуть технические трудности, требующие перехода к традиционному «открытому» выполнению вмешательства.

В первые сутки после операции больной должен соблюдать постельный режим. На область послеоперационной раны в первые часы после операции накладывают пузырь со льдом. Через несколько дней после операции при отсутствии осложнений больной должен соблюдать активный двигательный режим в пределах постели, делать двигательная гимнастика, заниматься лечебной физкультурой.

Для нормализации функции организма рекомендуются

1. Анальгетики, для уменьшения болевых ощущений
   * Кеторолак – таблетки в оболочке по 0,01 применять по 1 таблетке 3 раза в день либо раствор в ампулах по 1 мл вводить внутривенно
2. 5-10% р-ры глюкозы в объеме 500 – 1000 мл в сутки (для покрытия энергетических потребностей организма и улучшения функции печени)

В послеоперационный период больной должен соблюдать щадящую диету - №5щ. Проводя диспансерное наблюдение за больными, перенесшими холецистэктомию, врачу необходимо решить следующие задачи: своевременно диагностировать заболевания органов гепатодуоденопанкреатической системы, определить характер поражения органа, частоту обострений, оценить роль измененных внепеченочных желчных путей в возникновении или прогрессировании выявленных заболеваний, определить комплекс адекватной терапии, в том числе необходимость повторного хирургического лечения.

В течение 6 месяцев после холецистэктомии больные должны находиться под врачебным контролем. Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать не ранее чем через 6–12 мес после операции (в Челябинской области – санаторий «Урал».

При традиционном выполнении операции больные выписываются из стационара на 10-14 сутки после операции и восстанавливают трудоспособность не ранее месяца. После лапароскопической холецистэктомии больные выписываются на 3-5 сутки после операции и могут приступать к работе через 2 недели.

Исход хронического калькулезного холецистита при правильно подобранном и проведенном лечении и отсутствии осложнений благоприятный, как для последующей жизни больного, так и для трудовой деятельности.

**Использованная литература:**

1. Галлингер Ю. И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое руководство.- М., 1992, 66 с.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни, М.- Медицина, 2002, 784 с.
3. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Хирургические болезни: учебное пособие.- М. 2002, 480 с.