ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

|  |  |
| --- | --- |
| Пол - мужской  Дата и час поступления в клинику:  26.02.98, 20 00 | Группа крови - А(II) Rh(+) пол.  Вес - 69 кг. |

Фамилия, имя, отчество - Петрушкин Петр Иванович.

Возраст - 74 года. Национальность - русский.

Домашний адрес: г. Днепропетровск, ул. Леваневского, 7/53.

Пенсионер.

Диагноз: а) предварительный - острый холецистит (обострение хронического).

Подпись куратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Клинический диагноз:

1) основной - хронический калькулезный холецистит в фазе обострения;

2) сопутствующий - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхит, эмфизема легких;

3) осложнения - гепатит.

Дата: 12 марта 1998 г.

Подпись куратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

ЖАЛОБЫ

**Главная жалоба:** острая, приступообразная боль “царапающего” характера в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующая в эпигастральную область и в спину в области нижнего угла правой лопатки.

1. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Самочувствие - удовлетворительное. Похудание - незначительное. Общей слабости нет. Работоспособность понижена. Температура тела на момент курации нормальная.

2. КОЖА

Жалобы со стороны кожных покровов отсутствуют.

3. ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Пациент жалуется на периодические ноющие боли в костях и суставах конечностей, в позвоночнике, связанные с переменой погоды. Мышечная сила - достаточная.

4. СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос свободное. Жалуется на периодический кашель средней интенсивности - обычно сухой, по утрам с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Жалуется на одышку, возникающую при физической нагрузке.

5. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Пациент жалуется на периодически возникающие приступы учащенного сердцебиения. 4 раза (май, июль и сентябрь 1997 г., январь 1998 г.) - с потерей сознания.

Боли в грудной клетке - сильные, острые, колющего или сжимающего характера, сопровождающиеся чувством тоски; локализация - в области сердца с иррадиацией в левую руку и в область левой лопатки; возникают очень часто, при физической нагрузке, а также в покое при эмоциональном напряжении; купируются приемом нитроглицерина.

Отеки нижних конечностей, возникающие к вечеру, особенно при длительном пребывании в вертикальном положении.

6. СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит - средний, насыщаемость - нормальная. За сутки выпивает около 2000 мл воды. Пища прожевывается и глотается хорошо. На изжогу и отрыжку не жалуется. Иногда возникает незначительная тошнота, связанная с болями в животе. В то же время, после приступов потери сознания у пациента была сильная тошнота и рвота.

Боли в животе - см. главную жалобу.

Стул - регулярный, оформленный, цвет - несколько светлее нормы.

7. СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Мочеиспускание произвольное, учащенное (поллакиурия), затрудненное, небольшими порциями. Моча - прозрачная, желтого цвета.

8. ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Потенция утрачена.

9. НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Жалуется на бессонницу. Настроение спокойное. Память - ослабленная. Часто бывают головные боли, головокружение. Были обмороки, связанные с приступами тахикардии - 4 раза (май, июль и сентябрь 1997 г., январь 1998 г.). Зрение - понижено, пользуется очками. Слух - ослаблен в обеих ушах. Обоняние и вкус - без изменений.

ANAMNESIS MORBI

Пациент считает, что заболел 26 февраля 1998 г., когда он почувствовал острую боль в области правого подреберья с иррадиацией в эпигастральную область. Ранее у пациента также бывали боли в правом подреберье, но они были незначительными по своей интенсивности, поэтому он не обращался к врачу. В связи с усилением болевого синдрома и ухудшением общего состояния обратился в скорую помощь. Машиной скорой медицинской помощи был доставлен в стационар, где был осмотрен дежурным врачом и помещен в хирургическое отделение. После поступления у больного наблюдалась лихорадка и выраженный болевой синдром, а также общая слабость и разбитость. После проведенной инфузионной терапии наступило некоторое улучшение состояния пациента. Интенсивность и продолжительность болей снизились, температура тела возвратилась к нормальным величинам. Самочувствие пациента улучшилось.

Таким образом, заболевание:

1. по началу - острое;
2. по течению - прогрессирующее;
3. по патогенезу - обострение хронического.

ANAMNESIS VITAE

Родился в Пензенской области. Развивался в детстве нормально. Был здоровым ребенком. Учиться начал в 7 лет. Учился легко.

Жилищные условия в настоящее время - удовлетворительные. Материальное обеспечение - неудовлетворительное. Питание - регулярное. Трудовая жизнь: пенсионер; в анамнезе профессиональные вредности не обнаружены.

Перенесенные заболевания - язвенная болезнь, малярия, инфаркт миокарда, аденома предстательной железы, острый аппендицит. На протяжении длительного периода времени (более 10 лет) страдает стойким повышением артериального давления. Туберкулез, венерические заболевания, СПИД отрицает.

Травмы - ранение правой голени, полученное во время Великой отечественной войны. Операции: аппендэктомия.

Плановые прививки переносил нормально, без реакции на них. Переливания крови в анамнезе не было. Повышенной чувствительности к лекарственным препаратам не наблюдается.

Вредные привычки: курение отрицает, алкоголь принимает спорадически в малых количествах. Употребление наркотиков отрицает. Контакт с инфекционными больными за последний месяц отрицает.

Заболевания родственников: дочь прооперирована по поводу желчекаменной болезни; внук имеет патологию клапанного аппарата сердца.

Женат, имеет двоих детей.

STATUS PRAESENS COMMUNIS

1. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

На момент курации общее состояние пациента - удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного - активное. В контакт вступает легко. Температура тела - 36,7 0С. Вес - 69 кг. Рост - 166 см. Выражение лица - обычное.

2. ПОКРОВЫ ТЕЛА

Цвет кожи - нормальный, видимые слизистые имеют розовый цвет. Наблюдается иктеричность склер. В правой паховой области имеется послеоперационный рубец длиной 9 см (после аппендэктомии). На коже правой голени также имеются рубцы вследствие ранения.

Кожа - обычной влажности, эластичность - в пределах возрастной нормы. Волосы седые, редкие

Ногти имеют нормальную форму и толщину.

Подкожная клетчатка развита умеренно.

Отеки - местные, в обеих нижних конечностях.

Лимфоузлы не увеличены, подвижны, имеют эластичную консистенцию, безболезненны.

3. ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Мускулатура развита удовлетворительно. Мышечная сила - удовлетворительная. Тонус мышц - нормальный.

Выраженных патологических изменений в костно-суставной системе не выявлено. Объем активных и пассивных движений в суставах удовлетворительный.

Голова - обычная, овальной формы, соотношение мозгового и лицевого черепа - 2:1. Нос прямой, без дефектов и деформаций, глазные щели нормальные. Симптомы Горнера, Штельвага, Мебиуса, Дельримпля отрицательные.

Шея - короткая, нормальной толщины, симметричная. Симптом глотка отрицательный.

4. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Форма грудной клетки - нормостеническая; бочкообразная. Тип дыхания - смешанный с преобладанием нижне-реберного (брюшного). Частота дыхательных движений - 16 в 1 минуту. Дыхание достаточно глубокое. Незначительная экспираторная одышка.

При пальпации определяется ригидность грудной клетки в продольном и поперечном направлениях. Окружность грудной клетки при спокойном дыхании - 99 см, при глубоком вдохе - 101 см, при полном выдохе - 97 см.

Перкуссия легких:

1). Топографическая перкуссия:

1. высота стояния верхушек легких спереди - 5 см от середины ключицы;
2. высота стояния верхушек легких сзади - на 1 см выше остистого отростка VII шейного позвонка;
3. ширина полей Кренига - 7 см;
4. нижние границы легких - см. табл. 1.

**Таблица 1.** Нижние границы легких пациента по топографическим линиям.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Linea paravertebralis | VII межреберье | -- |
| Linea medioclavicularis | VII ребро | -- |
| Linea axillaris anterior | VIII ребро | VIII ребро |
| Linea axillaris media | IX ребро | IX ребро |
| Linea axillaris posterior | X ребро | X ребро |
| Linea scapularis | XI ребро | XI ребро |
| Linea paravertebralis | остистый отросток  XII грудного позвонка | остистый отросток  XII грудного позвонка |

2). Сравнительная перкуссия: перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.

Голосовое дрожание равномерно ослаблено над всей поверхностью легких.

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью легких.

5. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Артерии не извитые, мягкие. Пульс - 72 удара в минуту, симметричный, умеренного наполнения, напряженный, ритмичный. Пульс на лучевой, плечевой, тыльной артерии стопы, задней берцовой, подколенной, бедренной артериях не изменен.

Артериальное давление - 190 / 110 мм рт. столба. Повышенное артериальное давление сохранялось на протяжении всего периода курации, что говорит о стойком повышении артериального давления.

Заметно некоторое расширение вен нижних конечностей.

При осмотре области сердца сердечный толчок визуально не определяется. Пальпаторно верхушечный толчок расположен в V межреберье на уровне левой среднеключичной линии, толчок усиленный.

При перкуссии сердца определяются границы его абсолютной и относительной тупости (табл. 2).

**Таблица 2.** Границы абсолютной и относительной тупости сердца пациента.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Граница** | **Относительная тупость** | **Абсолютная тупость** |
| Правая | По правому краю грудины | На 1 см левее левого краю грудины |
| Левая | По левой среднеключич­ной линии | На 2 см кнутри от левой среднеключич­ной линии |
| Верхняя | На уровне III ребра | На уровне IV межреберья |

Аускультация сердца: тоны сердца равномерно ослаблены во всех точках аускультации. Ритм - правильный.

Функциональные пробы: Штанге - 18 с., Собразе - 20 с.

6. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Губы имеют обычный цвет. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щек, твердого и мягкого неба - влажная, розового цвета.

Зубы:

|  |  |
| --- | --- |
| 8 7 6 5 4+ 3 2 (1) | 1 2 3 (4) 5 (6) 7 8 |
| 8 7 6 5 (4) 3 (2) 1 | 1 2 3 (4) 5 6+ 7о 8 |

Условные обозначения:

“х” - зуб отсутствует;

“4о” - кариозный зуб;

“7+” - зуб пломбированный;

(3) - коронка;

(3,4,5) - мост.

Язык - умеренно обложен белым налетом; сосочки выражены. Зев - обычной окраски, миндалины - обычной величины.

Форма живота - обычная. Окраска кожи - обычная. В правой паховой области расположен рубец. Эпигастральный угол близок к прямому. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, хотя наблюдается некоторое щажение области правого подреберья.

При поверхностной пальпации живота определяется болезненность и некоторое напряжение передней брюшной стенки в области правого подреберья, особенно в точке Кера (точка желчного пузыря).

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация:

1. сигмовидная кишка - в виде гладкого, слегка плотного подвижного цилиндра, безболезненная;
2. слепая кишка - в виде эластичного безболезненного малоподвижного цилиндра, при глубокой пальпации наблюдается некоторое урчание;
3. нисходящая ободочная кишка - в виде безболезненного цилиндра;
4. восходящая ободочная кишка - в виде безболезненного цилиндра;
5. поперечно-ободочная кишка: в виде эластичного безболезненного цилиндра;
6. желудок: нижняя граница - на 4 см выше пупка; большая кривизна пальпируется в виде гладкого эластичного валика;
7. печень: нижний край печени на 1,5-2 см выступает из-под правой реберной дуги, гладкий, болезненный;
8. селезенка не пальпируется;
9. желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен в размерах и незначительно уплотнен; при глубокой пальпации в области желчного пузыря определяется точка наибольшей болезненности живота.

Перкуссия живота.

Границы печени по Курлову:

1. верхняя (по правой среднеключичной линии) - VI ребро;
2. нижняя по правой среднеключичной линии - на 2 см ниже края реберной дуги;
3. нижняя по передней срединной линии - на 1 см ниже границы верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка;
4. нижняя по левой реберной дуге - на 1,5 см левее левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову:

1. по правой среднеключичной линии - 11 см;
2. по передней срединной линии - 10 см;
3. по левой реберной дуге - 8 см.

Аускультация живота: кишечные шумы - обычные.

Исследование прямой кишки: патологических образований в области заднего прохода не выявлено.

7. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

При осмотре поясничная область симметричная.

Почки пальпаторно не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется (ввиду его опорожненного состояния).

Кожа мошонки - обычная, ткани мошонки без патологических образований. Яички расположены в мошонке, симметричны, имеют гладкую поверхность, безболезненны. Придатки яичка мягкоэластической консистенции, симметричные, безболезненные.

8. НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Речь обычная, коленные рефлексы - симметричны, обычные. Глоточные и роговичные рефлексы - обычные. Дермографизм - красный, появляется через 10 сек., держится около 100 сек.

STATUS LOCALIS

Исследуется правое подреберье (печень и желчный пузырь).

1. ОСМОТР. При осмотре области правого подреберья определяется ослабленное участие брюшной стенки в этой области в акте дыхания.

2. ПАЛЬПАЦИЯ. При поверхностной пальпации в правом подреберье наблюдается напряженность и болезненность передней брюшной стенки с эпицентром боли в точке желчного пузыря. При топографической пальпации определяется увеличение печени - нижний край на 2 см ниже реберной дуги, болезненный. Желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен, незначительно уплотнен. При глубокой пальпации желчного пузыря наблюдается его резкая болезненность, наибольшая среди органов брюшной полости.

Симптомы Захарьина, Василенко, Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене - положительные, симптом Мюсси (правосторонний френикус-симптом) - отрицательный.

3. ПЕРКУССИЯ. При топографической перкуссии наблюдается смещение нижних границ печени по Курлову по всем топографическим линиям вниз (по правой среднеключичной - на 2 см, по передней срединной - на 1 см, по левой реберной дуге - на 1,5 см влево и вниз), увеличение размеров печени по Курлову (по правой среднеключичной линии - на 2 см, по передней срединной - на 2 см, по левой реберной дуге - на 1 см).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

У курируемого больного патологический процесс локализуется в желчном пузыре и печени, так как главная жалоба курируемого больного - острая, приступообразная боль “царапающего” характера в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующая в эпигастральную область и в спину в области нижнего угла правой лопатки;

а при объективном обследовании обнаружено: при поверхностной пальпации в области желчного пузыря наблюдается напряженность мышц передней брюшной стенки и эпицентр болезненности; при глубокой пальпации желчного пузыря определяется его некоторое увеличение, незначительное уплотнение и резкая болезненность; симптомы Захарьина, Василенко, Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене - положительные; нижний край печени выступает из-под правой реберной дуги на 2 см, болезненный; размеры печени по Курлову увеличены; при осмотре склер обнаружена их иктеричность.

Заболевание, послужившее причиной поступления больного в стационар, началось у него внезапно, однако, на основании данных анамнеза, учитывая наличие у больного жалоб на незначительные боли в правом подреберье задолго до поступления, есть все основания считать, что патологический процесс у больного по началу - острый, а по патогенезу - обострение хронического.

Заболевание можно считать прогрессирующим, так как, несмотря на успешно проводимую инфузионную терапию в стационаре, при рассмотрении динамики болезни на более продолжительном отрезке времени (от момента появления первых жалоб, которые не послужили причиной обращения к врачу, до момента курации) основные симптомы прогрессируют. Общее состояние больного за период лечения в стационаре улучшилось.

По характеру патологического процесса заболевание курируемого больного воспалительное, так как наблюдаются следующие местные и общие признаки воспаления:

1. локальная напряженность мышц передней брюшной стенки в правом подреберье, болезненность при поверхностной пальпации;
2. болезненность желчного пузыря и печени при глубокой пальпации;
3. четкая локализация боли при пальпации указывает на воспалительное поражение висцерального листка брюшины и раздражение париетального листка;
4. наличие у больного в начале заболевания общих проявлений в виде лихорадки, общей слабости и разбитости.

Таким образом, патологический процесс, локализующийся желчном пузыре,

1. по началу - острый;
2. по течению - прогрессирующий;
3. по патогенезу - обострение хронического;
4. по характеру - воспалительный

дает основание поставить предварительный диагноз: острый холецистит, возникший как обострение хронического.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ввиду того, что у больного установлен предварительный диагноз “острый холецистит”, необходимо провести следующие дополнительные исследования:

а) общие:

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Анализ крови на реакцию Вассермана и ВИЧ.

4. Обзорное рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости.

5. Анализ кала на яйца глистов.

б) специальные:

1. Фиброгастроскопия.

2. Пероральная или внутривенная холецистография.

3. Если необходимо - эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография.

4. УЗИ желчного пузыря.

5. Дуоденальное зондирование.

6. Биохимический анализ крови с учетом изоферментных спектров, количественное определение фракций билирубина в крови.

7. Радиоизотопное сканирование печени и желчного пузыря.

Для оценки основных параметров гомеостаза больному необходимо провести следующие дополнительные исследования:

1. ЭКГ с нагрузочными пробами.

2. Спирография с функциональными пробами или интегральная плетизмография.

4. Коагулограмма.

5. Анализ мочи по Зимницкому.

6. Биохимический анализ крови - определение почечного и печеночного комплексов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Общий анализ крови.

Эр. - 4,4 Т/л

Hb - 130 г/л

ЦП - 0,88

СОЭ - 10 мм/ч

Лейк. - 8,1 Г/л

Эозин. - 7 % (абс. - 0,57 Г/л)

Сегм. - 39 % (абс. - 3,16 Г/л)

Лимф. - 48 % (абс. - 3,89 Г/л)

Моноц. - 6 % (абс. - 0,49 Г/л)

Заключение: на гемограмме наблюдается относительная и абсолютная эозинофилия, абсолютный и относительный лимфоцитоз, относительная нейтропения с нормальным абсолютным количеством нейтрофилов; имеется резкий сдвиг лейкоцитарной формулы вправо; индекс сдвига ядра нейтрофилов = 0.

Сдвиг формулы вправо на фоне нормального абсолютного числа лейкоцитов вообще и нейтрофилов в частности свидетельствует о наличии вялотекущего хронического воспалительного процесса. Эозинофилия и лимфоцитоз могут свидетельствовать об аллергическом либо аутоиммунном компоненте заболевания.

2. Общий анализ мочи:

Количество - 100 мл

Цвет - желтый; прозрачная.

pH = 6,0

Отн. плотн. = 1011

Белок - нет.

Глюкоза - нет.

Лейкоциты - 2-4 в поле зр.

Плоский эпит. - 0-1 в поле зр.

Заключение: основные показатели общего анализа мочи в пределах нормы.

3. Фиброгастроскопия.

Пищевод проходим, кардия смыкается. Желудок правильной формы. Слизистая розовая. Складчатость обычная, перистость умеренная, привратник проходим, не деформирован. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, слизистая обычная, просвет не уменьшен. Воспаление не выражено. Желчь не поступает.

4. УЗИ желчного пузыря.

Заключение: острый калькулезный холецистит.

5. ЭКГ: признаки хронической коронарной недостаточности.

ЭПИКРИЗ

Больной Петрушкин Петр Иванович 26 февраля 1998 г. поступил в хирургическое отделение КОСМП с жалобами на острую, приступообразную боль “царапающего” характера в правом подреберье, появляющуюся или усиливающуюся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующую в эпигастральную область, левое подреберье, в спину в области нижнего угла правой лопатки. Объективно при обследовании по поводу главной жалобы обнаружено: болезненность и напряженность передней брюшной стенки в правом подреберье с эпицентром в проекции желчного пузыря при поверхностной пальпации; болезненность при глубокой пальпации желчного пузыря, его увеличение и незначительное уплотнение; увеличение печени, выступание нижнего края на 2 см ниже правой реберной дуги, его болезненность при пальпации; положительные симптомы Захарьина, Василенко, Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене; при выполнении УЗИ желчного пузыря обнаружены камни в его полости; общий анализ крови указывает на наличие хронического воспалительного процесса.

При обследовании системы органов дыхания обнаружено расширение границ легких, эмфизематозная грудная клетка, коробочный звук при перкуссии легких, жесткое дыхание.

Исследование сердечно-сосудистой системы показало ослабление тонов сердца, наличие отеков на ногах, появляющихся вечером, признаки хронической коронарной недостаточности на ЭКГ, стойкое повышение артериального давления.

Таким образом, на основании классического физикального обследования больного, дополнительных исследований и данных анамнеза был поставлен диагноз: хронический калькулезный холецистит в стадии обострения; сопутствующие заболевания - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, бронхит, эмфизема легких; осложнения - гепатит. В результате проведенной терапии наступило клиническое улучшение и больной выбыл из стационара 16.03.98. для дальнейшего амбулаторного лечения.

ПРОГНОЗ

Для жизни - благоприятный.

Для полного выздоровления - неблагоприятный.

СОВЕТЫ БОЛЬНОМУ ПРИ ВЫПИСКЕ

1. Соблюдать рациональный режим дня и питания (дробное питание 5-6 раз в день, минеральные воды).

2. Воздерживаться от приема больших количеств жирной и острой пищи, пряностей, копченостей.

3. Воздерживаться от чрезмерных физических нагрузок, стрессов, нервно-психического перенапряжения. Вести подвижный образ жизни, чаще бывать на свежем воздухе.

4. Продолжать лечение в амбулаторных условиях, выполняя все предписания и рекомендации лечащего врача. Особое внимание следует обратить на нормализацию моторной функции желчного пузыря, борьбу с отложением камней в желчном пузыре (например, прием уродезоксихолевой и хенодезоксихолевой кислот). Проводить патогенетическое (антисклеротическая терапия) и симптоматическое (купирование приступов боли в области сердца) лечение ИБС, а также активную антигипертензивную терапию. Для нормализации функции внешнего дыхания показан прием отхаркивающих препаратов, ЛФК с элементами дыхательной гимнастики.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНОГО 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:

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

2. Холестаз.

3. Нарушения липидного, электролитного или пигментного обмена в организме.

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

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

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

7. Паренхиматозные заболевания печени.

Патогенез

Выделяют две основные концепции патогенеза калькулезного холецистита:

1. концепция метаболический нарушений;
2. 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.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малая медицинская энциклопедия: в 6-ти т. АМН СССР. Гл. ред. В.И.Покровский. - М.: Советская энциклопедия, 1991.
2. Общая хирургия. В.И.Стручков - М.: Медицина, 1978.
3. 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.
4. Патологическая физиология / Под ред. А.Д.Адо, В.В.Новицкого. - Томск: Издательство Томского университета, 1994.
5. Пропедевтика внутренних болезней. Под ред. В.Х.Василенко, А.Л.Гребенева - М.: Медицина, 1983.
6. Терапия: пер. с англ. доп. // гл. ред. А.Г.Чучалин - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.