**Общие сведения о больном**

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст – 69 л.
3. Образование – среднее
4. Профессия –
5. Место работы – пенсионер
6. Место жительства –.
7. Дата поступления в стационар – 05.11.2004.
8. Кем направлен больной – госпитализирована в плановом порядке
9. Диагноз направившего учреждения – желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит
10. Диагноз при поступлении - желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит
11. Клинический диагноз:
	1. Основное заболевание – желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит
	2. Осложнения основного заболевания – нет
	3. Сопутствующие заболевания – стенокардия напряжения II ф. к.; атеросклероз аорты, венечных артерий; гипертоническая болезнь II ст.; бронхиальная астма, профессиональная, вне обострения; хронический обструктивный бронхит; интерстициальный пневмофиброз; ВН 2 ст. по смешанному типу.
12. Операция – традиционная холецистэктомия. 09.12.2004.
13. Осложнения операции – нет.
14. Дата выписки - --

**Жалобы больной**

Жалобы на тупые боли в правом подреберье, частые, боли имеют опоясывающий характер, с повышением температуры до 37,5 ˚С, на запоры до 2-3-х дней; на вздутие живота; на периодические приступы бронхиальной астмы; снижение массы тела до 10 кг в последние 2 года, на повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

 Считает себя больной в течение двух лет, когда впервые после погрешности в диете отмечала опоясывающие боли в животе, повышение температуры до 37,5 ˚С. Госпитализирована в стационар, где проводилась инфузионная терапия. Состояние стало удовлетворительным, выписана. Впоследствии неоднократные приступы болей в правом подреберье, эпигастрии, неоднократно проходила лечение в стационарах, где проводили консервативную терапию. В течение последних 3-4 лет отмечает запоры до 2-3 дней, которые чередуются с жидким стулом. Желтух в анамнезе не было. Госпитализирована в ФХК 05.11.2004 г. для обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

**История жизни больной (anamnesis vitae)**

Росла и развивалась нормально.

Образование среднее.

Есть профессиональные вредности (токсичная пыль).

Питание регулярное, качественное, в достаточном количестве. Хорошо пережевывает пищу. В последние 2 года не употребляет острых блюд.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, хорошее санитарное состояние.

Семейное положение – замужем. Дочь 1965 г. р., сын 1962 г. р. Здоровы.

 Перенесенные заболевания – корь, ангина.

В 1980 г. – надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу фибромы матки. Почечная колика (и нефролитиаз) 26 лет назад. Бронхиальная астма – профессиональное заболевание, работала на литейном заводе.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез - димедрол, новокаин.

Вредные привычки – нет.

Гинекологический анамнез – беременностей 6, родов 2, абортов 4. Менопауза с 1980 г.

**Настоящее состояние больной (status praesens)**

Общее состояние относительно удовлетворительное, положение больной активное, выражение лица без болезненных проявлений, степень упитанности повышенная, температура тела 36,6 ˚С, вес 80 кг, рост 163 см, ИМТ 29,4, конституция гиперстеническая, цвет кожи бледно-розовый, окраска конъюнктивы век разовая, склер – белая, кожа влажная, без высыпаний. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, толщина кожной складки у пупка 4 см.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Подчелюстные и шейные лимфоузлы эластической консистенции.

Костно-мышечная система не изменена, мышечный тонус в норме.

Суставы без деформации, безболезненны, полный объем активных и пассивных движений.

Щитовидная железа выявляется при пальпации. Щитовидная железа не увеличена, мягкая, безболезненная, молочные железы развиты правильно, выделений из сосков нет, при пальпации узловые образования не выявлены.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Жалобы: на периодические приступы боли в области сердца, отдающие в руку и лопатку.

Осмотр и пальпация области сердца: Выпячивания в области сердца, видимой пульсации сердца и надчревной области нет. Верхушечный толчок: не пальпируется. Толчок правого желудочка: не определяется. Дрожание в области сердца: не обнаруживается. Пальпация: болезненных точек нет.

Перкуссия.

Границы относительной сердечной тупости:

Левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

Правая- в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины
Верхняя - на уровне 4-го ребра
Левая - на 2,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

# Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Конфигурация сердца: нормальная

Тоны сердца ясные, пульс 70 ударов в минуту, ритм правильный, АД 140 и 85 мм рт. ст. Пульсация периферических артерий сохранена. Периферические вены – расширение поверхностных вен на ногах.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалобы: на одышку при резкой нагрузке.

Осмотр: дыхание через нос свободное. Обоняние сохранено в полном объеме. Частота дыхания 19 в минуту, ритмичное, тип дыхания смешанный, форма грудной клетки бочкообразная.

Перкуторно над легкими ясный легочный звук, притупления не отмечается.

Гамма звучности: снижена над нижними отделами легких.

Топографическая перкуссия:

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра
по l. medioclavicularis- нижний край 5-го ребра
по l. axillaris anterior- 6 ребро
по l. axillaris media- 7 ребро
по l. Axillaries

 Нижние границы правого легкого:
posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 9 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:
по l. parasternalis- -------
по l. medioclavicularis- -------
по l. axillaris anterior- 7 ребро
по l. axillaris media- 9 ребро
по l. axillaris posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 9 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:
Спереди на 2 см выше ключицы.
Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 2,5 см
на выдохе 2,5 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 2,5 см
на выдохе 2,5 см

Пальпация: голосовое дрожание не изменено.

Аускультативно дыхание с жестким оттенком, хрипов нет, подвижность нижнего легочного края ± 2,5 см.

Сравнительная: Над передними, задними и боковыми отделами лёгких дыхание везикулярное.

Характеристика основного дыхательного шума: Дыхание с жестким оттенком

Дополнительные звуки: не определяются

Побочные дыхательные шумы: Побочных дыхательных шумов нет

Голосовой шум одинаковый с обеих сторон.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Жалобы: нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, днем 4-5 раз, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, почки не пальпируются.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Жалобы: нет.

Сознание ясное, сон не нарушен, интеллект соответствует уровню развития, ориентирован в себе, месте, пространстве, сухожильные рефлексы живые, двигательных и чувствительных расстройств не выявлено.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Жалобы на запоры, сменяющиеся жидким стулом; на периодические опоясывающие боли в правом подреберье и эпигастрии.

Осмотр полости рта. Запаха изо рта нет. Цвет губ – розовый. Цвет слизистых оболочек – розовый. Зубы санированы. Язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный, стул – склонность к запорам, глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное, безболезненное, язык влажный, не обложен. Живот округлой формы, участвует в дыхании всеми отделами, послеоперационные рубцы внизу живота по средней линии, при пальпации живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Селезенка не пальпируется.

Поверхностная пальпация: Желудок безболезненный.

Перкуссия живота. Свободной жидкости в брюшной полости нет, печень перкуторно не увеличена, область проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку безболезненна.

Аускультация. Кишечная перистальтика нормальная.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

Живот округлой формы, участвует в дыхании всеми отделами, послеоперационные рубцы внизу живота по средней линии, при пальпации живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Свободной жидкости в брюшной полости нет, печень перкуторно не увеличена, область проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку безболезненна.

**Предварительный диагноз**

Желчнокаменная болезнь. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

ИБС: стенокардия напряжения; гипертоническая болезнь II ст.; бронхиальная астма, профессиональная.

План обследования:

1. Общие анализы крови и мочи.
2. Биохимические исследования крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ)
3. Коагулограмма (определение времени свертывания крови и кровотечения, протромбиновый индекс, активированное время рекальцификации, фибринолитической активности, концентрации фибриногена)
4. Определение группы крови и резус фактора
5. Исследование серологических реакций ()
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки (флюорография легких)
7. ЭКГ
8. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей
9. Исследование ФВД
10. УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, малого таза
11. ЭХО КГ
12. Эндоскопическое исследование толстой кишки
13. Гастроскопия с биопсией
14. КТ органов грудной полости
15. Определение ферментов поджелудочной железы в крови
16. УЗИ поджелудочной железы

**Данные лабораторных и дополнительных методов обследования**

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

 Осмотрены общие, наружные и внутренние сонные, подключичные артерии с обеих сторон. Диаметр не изменен. Интима не утолщена. Участков гемодинамически значимого стеноза не определяется. Справа на расстоянии 3 см от каротидной бифуркации определяется перегиб внутренней сонной артерии под острым углом. Показатели скорости кровотока симметричны.

 Заключение: патологическая извитость внутренних сонных артерий.

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Заключение: гемодинамически значимых изменений магистральных артерий нижних конечностей не выявлено.

ЭКГ

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 69 уд. в мин, изменения миокарда диффузного характера.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Заключение: органы грудной клетки в пределах возрастных изменений. Очаговых инфильтративных теней в легких не выявлено. Сердце – расширение левого желудочка влево. Корни структурные. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободные.

УЗИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Мочевой пузырь - 8x8x7 см, содержит около 450 мл мочи, форма симметричная, контуры четкие, ровные, стенки равномерной толщины, содержимое однородное, внутрипросветных образований не выявлено.

УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заключение: УЗ признаки объемных образований щитовидной железы, снижения скоростей кровотока в тиреоидных артериях (по типу гипотиреоза?)

В левой доле по дорзальному контуру определяется изоэхогенное неоднородное образование размером 1,0х0,7 см с периферической васкуляризацией.

В правой доле – гипоэхогенное образование без четких границ размером 1,2х0,6х0,6 см с наличием невыраженной периферической васкуляризации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ RW, МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВКЛЮЧАЯ АНТИТЕЛА К НВs-АНТИГЕНУ

НВs-Ag – отр.

HCV – отр.

RW – отр.

ЭХО КГ

Заключение: атеросклеротические изенения аорты, аортального клапана, фиброзных колец, нарушение диастолической функции левого желудочка.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ

В пределах нормы.

ЭНДОСКОПИЯ

Пищевод свободно проходим, не изменен. В желудке умеренное количество светлой жидкости со слизью. Рельеф не изменен. Слизистая неравномерно окрашена. С явлениями атрофии. Малая кривизна и угол ровные. В антральном отделе множественные эрозивные дефекты, покрытые фибрином с яркой перифокальной гиперемией и вкраплениями соляно-кислого гематина. Привратник округлый. Открывается полностью. По верхнему контуру пилорического канала язвенный дефект 0,3 см с воспалительным валом. Луковица 12п к-ки не деформирована, с очаговой гиперемией слизистой и мелкими эрозиями с фибринозным налетом. Постбульбарный отдел не изменен.

Заключение: Антральный эрозивный гастрит. Эрозивный бульбит.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Контуры кишки ровные, расположение ее обычное. Гаустрация в левых отделах асимметричная. Объемных образований на фоне пневморельефа не выявлено. После опорожнения в толстой кишке остается значительное количество взвеси бария.

Заключение: Гипомоторная дискинезия толстой кишки.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФВД

ЖЕЛ 1660

ОФВ1 1320

ОФВ1/ЖЕЛ 65

Заключение: ЖЕЛ умеренно снижена. Бронхиальная обструкция умеренно выражена. Реакция на сальбутамол положительная. Вентиляционные нарушения рестриктивного типа.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Креатинин | 1,7 мг/дл | ↑ | 0,7-1,4 (N) |

КОАГУЛОГРАММА

АЧТВ 46 сек

ПТИ 98 (85-110%)

Фибриноген 4,50 (1,8-4,0 г/л)

Заключение: повышение уровня фибриногена.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ

Ней % 72,10 ↑

СОЭ 26 мм/ч ↑

УЗИ

Печень умеренно увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные (правая доля 165 мм, левая 74 мм). Паренхима диффузна, гомогенна, изменена по типу жировой дистрофии. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь неправильной формы, перегиб в областитела, стенки не изменены, в просвете два камня до 10 мм, дающие УЗ тень. Общий желчный проток 5,7 мм.

Воротная вена до 10 мм.

Поджелудочная железа гиперэхогенна, нормальных размеров и структуры. Главный панкреатический проток не расширен.

Селезенка не изменена.

Почки не увеличены, контуры неровные. Паренхима до 16 мм. Синусы не расширены. Камней нет. В правой почке в синусе киста до 17 мм. Почки повышенной подвижности, расположены ниже нормы.

Заключение: Камни желчного пузыря. Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени. Киста правой почки. Опущение правой почки.

**Клинический диагноз**

Основное заболевание – желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит

Осложнения основного заболевания – нет

Сопутствующие заболевания – стенокардия напряжения II ф. к.; атеросклероз аорты, венечных артерий; гипертоническая болезнь II ст.; бронхиальная астма, профессиональная, вне обострения; хронический обструктивный бронхит; интерстициальный пневмофиброз; ВН 2 ст. по смешанному типу.

**Обоснование диагноза**

1. Данные анамнеза – Первый приступ болей в эпигастрии после погрешности в диете. Неоднократные приступы болей в правом подреберье, эпигастрии.
2. Данные инструментальных и лабораторных исследований –
	* 1. эхография – в просвете пузыря округлые, подвижные, плотные образования, за которыми имеется «акустическая тень»,
		2. гемограмма – СОЭ ↑, лейкоциты ↑.

**Дифференциальный диагноз**

1. Хронический холецистит – для этого заболевания, в отличие от желчнокаменной болезни, характерно:
2. начало заболевания – постепенное,
3. наследственная предрасположенность,
4. СОЭ ↑, N,
5. лейкоциты ↑, N,
6. эхография – нет камней в желчном пузыре, наличие хлопьев слизи,
7. панкреатохолангиография - рубцовые стриктуры большого дуоденального соска, недостаточность большого дуоденального соска,
8. Язва двенадцатиперстной кишки – в отличие от желчнокаменной болезни, характерно:
9. течение рецидивирующее с сезонными обострениями,
10. наследственная предрасположенность,
11. связь заболевания с психоэмоциональными перегрузками,
12. жалобы - боли в животе до еды, ночные, изжога, отрыжка кислым, эмоциональная лабильность, головные боли,
13. клинические проявления - при пальпации болезненность в проекции двенадцатиперстной кишки,
14. эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки - язвенный дефект (I, II стадии) на фоне воспаления и гиперплазии слизистой оболочки, язвенный рубец (III, IV стадии), рубцово-язвенная деформация,
15. рентгенография - "ниша", рубцово-язвенные деформации,
16. Хронический панкреатит, в отличие от желчнокаменной болезни, имеет следующие признаки:
17. начало заболевания чаще постепенное, реже острое,
18. жалобы - боли в животе монотонные, ноющие или приступообразные, чаще в верхней половине живота,
19. усиление болей к вечеру,
20. диспепсический синдром - нарушение аппетита, тошнота, рвота, ощущение тяжести в подложечной области при небольшом объеме съеденной пищи,
21. гемограмма - токсическая зернистость нейтрофилов,
22. копрограмма – стеаторея, креаторея,
23. эхография - диффузное или локальное увеличение железы, кисты поджелудочной железы, обызвествление железы.

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ***

**ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Этиология и патогенез**

Морфологическим субстратом желчнокаменной болезни являются конкременты в желчном пузыре и в желчевыводящих протоках, состоящие из обычных компонентов желчи – билирубина, холестерина, солей кальция. Чаще всего встречаются смешанные камни, содержащие в большей или меньшей пропорции эти компоненты. При значительном преобладании одного из компонентов говорят о холестериновых, пигментных или известковых конкрементах. Их размеры варьируют от 1-2 мм до 3-5 см; форма может быть округлой, овальной, в виде многогранника и т.д.

 Основным местом образования желчных конкрементов является желчный пузырь, в очень редких случаях – желчные пути. Выделяют три основные причины их образования:

1. застой желчи в пузыре,
2. нарушение обмена веществ,
3. воспалительные изменения в стенке желчного пузыря.

При нарушении обмена веществ имеет значение не столько уровень концентрации холестерина в желчи, сколько изменение соотношения концентрации холестерина, фосфолипидов (лецитина) и желчных кислот. Желчь становится литогенной при увеличении в ней концентрации холестерина и уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот. В пересыщенной холестерином желчи он легко выпадает в виде кристаллов из нарушенного коллоида желчи. Желчнокаменная болезнь часто развивается у больных с такими заболеваниями обмена веществ, как диабет, ожирение, гемолитическая анемия.

В связи с длительным, хотя и не резко выраженным, застоем желчи в пузыре, она инфицируется. Инфекция приводит к повреждению стенки желчного пузыря, слущиванию ее эпителия. Возникают первичные ядра преципитации (бактерии, комочки слизи, клетки эпителия), служащие основой для аккумуляции выпадающих кристаллов основных составных частей желчи, находившихся до этого в коллоидном состоянии. Далее повреждение стенки желчного пузыря нарушает процесс всасывания некоторых компонентов желчи, изменяет их физико-химическое соотношение, что также способствует камнеобразованию. Кроме того, при холестазе в желчи, находящейся в желчном пузыре, может повышаться концентрация холестерина, билирубина, кальция, что увеличивает литогенность желчи. Этому способствует прием богатой холестерином пищи, ожирение, прием оральных контрацептивов.

*Особенности этиологии и патогенеза при остром холецистите.*

Каменный холецистит возникает примерно у ¼ больных хроническим калькулезным холециститом. Бескаменный холецистит встречается редко, наблюдается только у 5-10% больных острым холециститом.

Основные причины развития острого холецистита:

1. нарушение оттока желчи (чаще всего при блокаде шейки или пузырного протока конкрементом),
2. растяжение стенок пузыря и связанная с этим ишемия стенки,
3. микрофлора в просвете пузыря.

В желчный пузырь микрофлора попадает восходящим путем из двенадцатиперстной кишки, нисходящим путем – с током желчи из печени, куда инфекция попадает с током крове, реже – лимфогенным и гематогенным путем.

У большинства больных хроническим калькулезным холециститом желчь содержит микрофлору. Однако острый воспалительный процесс возникает лишь при нарушении оттока желчи. Второстепенное значение имеют ишемия стенки пузыря и повреждающее действие панкреатического сока на слизистую оболочку пузыря при панкреатобилиарном рефлюксе.

*Особенности этиологии и патогенеза при бескаменном холецистите.*

Острый бескаменный холецестит возникает в связи с проникновением инфекции в желчный пузырь со сниженной эвакуаторной способностью. Застой желчи способствует развитию инфекции. Определенное значение в развитии воспаления пузыря придают рефлюксу панкреатического сока в желчные пути и желчный пузырь, повреждающему действию его на слизистую оболочку желчного пузыря.

Таким образом, в развитии желчнокаменной болезни играют роль местные и общие факторы.

Общие факторы:

1. различные нарушения обмена веществ
	1. липоидного,
	2. белкового,
	3. пигментного,
	4. минерального,
2. особенности питания,
3. особенности образа жизни, связанные с профессией человека (работа без физического мускульного напряжения).

Местные факторы:

1. нарушение деятельности желчного пузыря
	1. моторной,
	2. эвакуаторной,
	3. резорбтивной,
2. застой желчи,
3. воспалительные процессы в желчном пузыре и протоках,
4. наличие паразитов в желчных путях
	1. лямблии,
	2. описторхоз,
	3. аскариды.

 *У данной больной* нарушено соотношение компонентов желчи (преобладание холестерина), а также есть нарушение строения желчного пузыря (перегиб), что могло привести к застою желчи. К тому же у больной есть факторы риска – избыточная масса тела, пожилой возраст, женский пол.

 Первый приступ болей возник после погрешности в диете. Вероятно, произошло нарушение оттока желчи (из-за блокады конкрементом). Также могло произойти инфицирование желчи и воспаление стенок желчного пузыря.

**Лечение**

*Особенности лечения при хроническом калькулезном холецистите.*

Хирургическое лечение является единственно возможным способом излечения больного при хроническом калькулезном холецистите. До сих пор не существует эффективных лекарственных препаратов, способных вызывать растворение конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках. Некоторые препараты могут растворять определенный вид камней, но при длительном применении они вызывают серьезные побочные явления и осложнения. В последнее время появились сведения об успешном растворении мелких холестериновых конкрементов препаратами, синтезированными на основе солей желчных кислот.

*Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия.* Желчные конкременты разрушают ударной волной, воспроизводимой специальным устройством. Ударная волна строго фокусируется на желчный пузырь, под ее воздействием конкременты разрушаются, образуются мелкие фрагменты и песок, способные в большинстве случаев вместе с желчью выходить в двенадцатиперстную кишку.

Противопоказания:

1. Наличие не более 3-х конкрементов, их размеров в сумме не более 2 см.
2. Наличие тяжелых стадий заболеваний сердечно-сосудистой и/или дыхательной систем.

Особенности:

1. Для проведения ЭУВЛ необходимо проводить отбор пациентов с учетом количества конкрементов (не более 3-х), их размеров (в сумме до 2 см), длительности заболевания и наличия сопутствующей патологии.
2. Проведение диссолюционной терапии препаратами направленного действия с использованием хенофалька, урсофалька и литофалька в течение 3 недель повышает эффективность ЭУВЛ.
3. Сочетанное использование ЭУВЛ с диссолюционной терапией позволяет уменьшить энергетическую нагрузку на пациента за счет снижения мощности и количества импульсов, а также сеансов ЭУВЛ.
4. Реабилитационная терапия после ЭУВЛ должна проводиться дифференцированно, в зависимости от характера сопутствующей патологии других органов пищеварения, а также от особенностей течения основного заболевания.

Недостатки:

1. Достаточно крупные фрагменты, мигрируя из пузыря, могут обусловить возникновение обтурационного холецистита, механической желтухи или панкреатита, требующих выполнения срочной полостной или эндоскопической операции.
2. Даже полная ликвидация камней в желчном пузыре не означает излечения больного от желчнокаменной болезни, так как сохраняются патологические изменения желчного пузыря наряду с теми факторами, которые уже ранее привели к образованию конкрементов.

*Лапароскопическая холецистэктомия.*

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия считается «золотым стандартом» в хирургическом лечении желчно-каменной болезни и ее осложнений. Она отличается от традиционной открытой холецистэктомии малой травматичностью и значительным сокращением послеоперационного и реабилитационного периодов.

Преимущества:

1. Лапароскопическая холецистэктомия сочетает в себе радикальность (удаляется патологически измененный желчный пузырь с конкрементами) с малой травматичностью (почти полностью сохраняется целостность мягких тканей брюшной стенки, прежде всего апоневроза и мышц), благодаря чему значительно сокращаются сроки восстановления трудоспособности пациентов.
2. Учитывая, что желчнокаменная болезнь чаще наблюдается у женщин, причем нередко в возрасте до 30 - 40 лет, немаловажное значение имеет и косметический эффект вмешательства - небольшие кожные разрезы (5-10 мм) заживают с образованием малозаметных рубчиков.
3. При холецистэктомии под лапароскопическим контролем видимость области вмешательства, как правило, лучше даже по сравнению с операцией из большого лапаротомического разреза, особенно в отношении пузырного протока и одноименной артерии.
4. При лапароскопической операции возможен нетравматичный осмотр, а при необходимости и инструментальная ревизия всех органов брюшной полости и малого таза. При обнаружении сопутствующих заболеваний (хронический аппендицит, небольшие кисты яичников и др.) после завершения основного вмешательства может быть осуществлена и вторая операция.

Показания:

1. хронический калькулезный холецистит;
2. полипы и холестероз желчного пузыря;
3. острый холецистит (в первые 2-3 сут от начала заболевания);
4. хронический бескаменный холецистит;
5. бессимптомный холецистолитиаз (крупные и мелкие конкременты).

Противопоказания:

1. выраженные легочно-сердечные нарушения;
2. нарушения свертывающей системы крови;
3. поздние сроки беременности;
4. злокачественное поражение желчного пузыря;
5. перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости.

*Показания к хирургическому лечению калькулезного холецистита:*

1. частые тяжелые приступы печеночной колики,
2. наличие в пузыре крупных камней, способных вызвать пролежень стенки пузыря с последующим образованием пузырно-кишечного свища,
3. опасность развития рака желчного пузыря, который возникает у 5% больных, длительно страдающих желчнокаменной болезнью,
4. наличие мелких камней пузыря, которые могут закупоривать желчный проток, проникать в общий желчный проток и вызывать механическую желтуху, холангит, билиарный острый или хронический панкреатит,
5. оперативному лечению подлежат больные, которые не испытывают полного исчезновения симптомов болезни между приступами.

*Особенности лечения острого холецистита.*

Все больные острым холециститом должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов местного или распространенного перитонита показана экстренная операция. В остальных случаях проводят консервативное лечение. Ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики.

Ненаркотические анальгетики применять нецелесообразно, так как выраженное аналгезирующее действие препаратов может, значительно уменьшив болевые ощущения, затушевать объективные признаки воспаления (перитонеальные симптомы), затруднить диагностику. Кроме того, наркотические анальгетики, вызывая спазм сфинктера Одди, способствуют развитию желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического сока, что крайне нежелательно при остром холецистите.

Болевые ощущения могут быть уменьшены благодаря применению холинолитических спазмолитических (атропин, платифиллин, баралгин, но-шпа и т.п.) средств. Наобласть правого подреберья кладут пузырь со льдом для уменьшения кровенаполнения воспаленного органа. Применение теплой грелки абсолютно недопустимо, так как при этом значительно увеличивается кровенаполнение желчного пузыря, что ведет к дальнейшему прогрессированию воспалительного процесса и развитию деструктивных изменений. Для подавления активности микрофлоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации и парентерального питания назначают инфузионную терапию в общем объеме не менее 2—2,5 л растворов в сутки.

На фоне лечения проводят постоянное наблюдение за больным: фиксируют изменения субъективных ощущений и объективных симптомов болезни. Целесообразно вести индивидуальную карту наблюдения, в которой отмечают через каждые **3—4** ч частоту пульса, величину артериального давления, температуру тела, количество лейкоцитов в крови. Таким образом, оценивают эффективность проводимого лечения, судят о течении воспалительного процесса.

При остром холецистопанкреатите комплекс лекарственной терапии должен включать также препараты, применяемые для лечения острого панкреатита.
У большинства пациентов возможно купирование приступа острого холецистита. Впроцессе наблюдения и лечения необходимо обследовать больного; для выявления конкрементов в желчном пузыре — произвести УЗИ.При их обнаружении и отсутствии противопоказаний (тяжелые заболевания жизненно важных органов) больного целесообразно оперировать в плановом порядке через 24—72 ч или через 2—З нед. после стихания острого приступа.
Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48— 72 ч состояние больного не улучшается, продолжаются или усиливаются боли в животе и защитное напряжение брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или поднимается температура, увеличивается лейкоцитоз, то показано срочное хирургическое вмешательство для предупреждения перитонита и других тяжелых осложнений.

Впоследние годы для лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском успешно применяют пункции и наружное дренирование желчного пузыря. Это позволяет остановить развитие воспалительного процесса, деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро добиться положительного клинического эффекта, избежать вынужденных, рискованных для больного оперативных вмешательств на высоте процесса и не производить оперативное вмешательство без надлежащей предоперационной подготовки.

Ситуация значительно усложняется при развитии обтурационной желтухи на фоне острого холецистита. Болезнь может осложниться холангитом, повреждением гепатоцитов, дальнейшим усугублением интоксикации, развитием печеночно-почечной недостаточности. Обтурационная желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма которых весьма ограничены, и оперативное вмешательство на фоне острого холецистита представляет большой риск. Вэтой ситуации перспективной является срочная эндоскопическая папиллотомия. Такая манипуляция позволяет ликвидировать желчную и панкреатическую гипертензию, уменьшить желтуху и интоксикацию. **В** последующем выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке.

*Холецистэктомия* — основное оперативное вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Холецистотомия - метод выбора при лечении соматически тяжелых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в окружающих его тканях. Поэтому рекомендуют удалять пузырь «от дна» Холецистэктомия при наличии показаний должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). При обнаружении холедохолитиаза или стеноза терминального отдела общего желчного протока производят те же манипуляции, которые принято делать в аналогичных случаях при плановых операциях у больных хроническим калькулезным холециститом (холедохотомия, Т-образный дренаж и др). В брюшной полости оставляют дренаж для контроля за крово- и желчеистечением.

Летальность после холецистэктомии, выполненной по поводу острого холецистита, составляет 6—8 %,достигая у лиц пожилого и старческого возраста 15—20 %.

*Холецистостомия* с удалением конкрементов и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких случаях, в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии пациента и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, в желчном пузыре вновь образуются конкременты и больных приходится оперировать повторно.

*У данной больной* рекомендуется провести традиционную холецистэктомию, так как есть противопоказания к проведению лапароскопической холецистэктомии – патология органов дыхания (обструктивные нарушения и бронхиальная астма) и сердечно-сосудистой системы (стенокардия напряжения II ф. к., гипертоническая болезнь II ст).

**Дневники**

Дата: 11.11.04.

|  |  |
| --- | --- |
| Осмотр кардиолога.Предъявляет жалобы на типичные, ангинозного характера, боли при физических нагрузках – при ускорении ходьбы. Периодически отмечает повышение АД до 165/90 мм рт. ст. Объективно: состояние удовлетворительное. Признаков ИБС клинически нет. Ритм сердца правильный, ЧСС 79 уд. в мин, АД 155/80 мм рт. ст., тоны сердца сохранены, шумов нет.Д-з: ИБС. Стенокардия II ф. к. НКО – I ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3. | Назначения:1. Кардикет 20 мг х 2 р/день (у., веч.)
2. Verapamili 40 мг х 3 р/день
3. Аспаркам (панангин) 1 т. х 3 р/день после еды

Противопоказаний для оперативного лечения нет. |

Дата: 12.11.04.

|  |  |
| --- | --- |
| Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. T 36,6 ˚С. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Пульс 80 в мин, ритмичный, АД 130 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул был. | Назначения:1. Кардикет 20 мг х 2 р/день (у., веч.)
2. Verapamili 40 мг х 3 р/день
 |

Дата: 15.11.04

|  |  |
| --- | --- |
| Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. T 36,6 ˚С. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Пульс 80 в мин, ритмичный, АД 140 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул был. | Назначения:1. Verapamili 40 мг х 3 р/день
2. Amoxicillini 500 мг х 4 р
3. Furazolidoni 0,2 х 2 р
4. Аспаркам 1 т. х 3 р
5. Алмагель 1 ст. л. Х 3 р
6. Омез 20 мг х 2 р
7. Мотилиум 1 т. х 3 р
 |

**Предоперационный эпикриз**

 Пациентка Голубкова Л. А., 69 л., находится в ФХК им. Н. Н. Бурденко с 5.11.04. с диагнозом: Желчнокаменная болезнь. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит. Хронический антральный эрозивный гастрит. ИБС: стенокардия II ф. к. НК – 0 – 1 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3. Бронхиальная астма, профессиональная, вне обострения. Хронический обструктивный (пылевой) бронхит. Интерстициальный пневмофиброз. ВН 2 ст. по смешанному типу.

 Жалобы при поступлении на частые тупые боли в правом подреберье, иногда носящие опоясывающий характер, с повышением температуры до 37,5 ˚С. Госпитализирована в стационар, где проводилась инфузионная терапия. По данным УЗИ брюшной полости выявлены конкременты в просвете желчного пузыря. Выписана. Впоследствии неоднократные приступы болей в правом подреберье, эпигастрии, неоднократно госпитализировалась в стационар, где проводилась консервативная терапия. Желтух в анамнезе не было. Госпитализирована в ФХК для оперативного лечения.

 При поступлении: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Пульс 70 в минуту. АД – 140 и 85 мм р. ст. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Печень не увеличена. Кишечные шумы выслушиваются отчетливо. Стул: склонность к запорам, без патологических примесей. Область почек внешне не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

 При обследовании:

 В клиническом анализе крови: Hb – 129,5 г/л, эритроциты 4,949, лейкоциты – 4,51, тромбоциты – 206,3, ЦП – 0,86, СОЭ – 26.

 В биохимическом анализе крови: общий белок – 6,9 г/дл, альбумин – 3,7 г/дл, креатинин – 1,7 г/дл, глюкоза – 103 мг/дл, азот мочевины 20 мг/дл, общий билирубин – 0,8 мг/дл.

 Коагулограмма: повышение уровня фибриногена.

 Группа крови: 0 (I), резус положительный. HBsAg отрицательный.

 В общем анализе мочи без патологических изменений.

 При УЗИ брюшной полости: печень умеренно увеличена в размерах за счет обеих долей, контуры ровные. Паренхима диффузная, гомогенная, изменена по типу жировой дистрофии. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, воротная вена 10 мм. Желчный пузырь неправильной формы, перегиб в области тела, стенки не изменены, в просвете два камня до 10 мм, дающие УЗ тень. Общий желчный проток 5,7 мм. Поджелудочная железа гиперэхогенная, нормальных размеров и структуры. ГПП не расширен. Селезенка не изменена. Почки не увеличены, контуры неровные. Паренхима до 16 мм, синусы не расширены, камней нет. В правой почке в синусе киста до 17 мм. Почки повышенной подвижности, расположены ниже нормы.

 При ирригоскопии: гомотропная дискинезия толстой кишки.

 При ЭГДС 15.11.04.: пищевод свободно проходим. В желудке умеренное количество жидкости со слизью. Рельеф не изменен. Слизистая неравномерно окрашена. С явлениями атрофии. Малая кривизна и угол ровные. В антральном отделе множественные эрозивные дефекты, покрытые фибрином с яркой перифокальной гиперемией и вкраплениями соляно-кислого гематина. Привратник округлый, открывается полностью. По верхнему контуру пилорического канала язвенный дефект 0,3 см с воспалительным валом. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, с очаговой гиперемией слизистой и мелкими эрозиями с фибринозным налетом. Постбульбарный отдел не изменен. Хронический гастрит с атрофией слизистой.

 Проводилось лечение: мотилиум 1 т 3 раза в день, омез 20 мг 2 раза в день, алмагель 1 мл 3 раза в день, фуразолидон 0,2 2 раза в день, амоксициллин 500 мг 4 раза в день.

 При контрольной ЭГДС 25.11.04.: эрозии и язва в пилорическом канале зарубцевались.

 При ЭХО-КГ: ФИ – 61%, атеросклеротические изменения аорты, аортального клапана, фиброзных колец, нарушение диастолической функции ЛЖ,

 При спирографии: ЖЕЛ умеренно снижена. Бронхиальная обструкция умеренно выражена. Реакция на сальбутамол положительная. Вентиляционные нарушения рестриктивного типа.

 Консультация терапевта: ИБС: стенокардия II ф. к. НК - 0 – 1 ст. Гипертоническая болезнь II ст., риск 3. Назначена терапия: верапамил 40 мг 3 раза в день, аспаркам 1 т 3 раза в день, энап 5 мг 2 раза в день. Противопоказаний к операции нет.

 Консультация пульмонолога: у больной бронхиальная астма, профессиональная, вне обострения, по смешанному типу. Рекомендовано: метипред 1 таб в сутки, сальбутамол 1 3 раза в день.

 В клинике у больной отмечены жалобы на болезненное мочеиспускание. В общем анализе мочи лейкоцитурия. Назначено: 5-НОК 2 таб 4 раза в день. При контрольном исследовании мочи изменений не выявлено.

 У больной желчнокаменная болезнь, хронический рецидивирующий калькулезный холецистит, в анамнезе частые приступы печеночной колики, острого холецистита. Пациентке показано оперативное лечение. Планируется выполнить традиционную холецистэктомию. Согласие больной на операцию получено. Тактика ведения и лечения пациентки обсуждена и одобрена на общеклинической конференции ФХК.

**Протокол операции.**

 9.12.04.

 Операция: холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

 Под общим обезболиванием разрезом в правом подреберье длиной 10 см послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии: печень не изменена, желудок, толстая кишка, двенадцатиперстная кишка также не изменены. При дальнейшей ревизии желчный пузырь не увеличен, в размерах 9 х 6 х 5 см, не напряжен, стенки утолщены, уплотнены, в просвете желчного пузыря два конкремента до 100 мм в диаметре.

 Интраоперационный диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

 Выделен пузырный проток, не расширен, пальпаторно конкрементов не содержит, клипирован дважды, пересечен. Далее выделена пузырная артерия, клипирована и пересечена. Выполнена холецистэктомия. Гемостаз ложа желчного пузыря, ушивание ложа желчного пузыря в верхней трети раны. Промывание подпеченочного пространства растворами антисептиков. Дренирование подпеченочного пространства. Послойное ушивание раны передней брюшной стенки.

 Макропрепарат: желчный пузырь, описанных размеров, в просвете конкременты до 10 мм в диаметре, в просвете густой гной.

 Оперировали:.

О/с:.

**Дневник после операции**

10.12.2004.

При перевязке: послеоперационный шов в удовлетворительном состоянии, воспалительной инфильтрации нет. Рана длиной 10 см. Повязка не промокла. Отделяемое сукровичного цвета по дренажам. Температура 36,8 ˚С.

**Послеоперационный период** протекает гладко, осложнений нет.

**Дальнейшие перспективы пребывания больного в стационаре:** окончание курса консервативной терапии. Ориентировочная дата снятия швов – 16.12.2004. Ориентировочные сроки выписки больного из стационара: 23.12.2004.

**Прогноз**

Прогноз благоприятный в отношении выздоровления, жизни и трудоспособности.

**Использованная литература**

1. Н.А.Мухин. Внутренние болезни. М.: Гэтар-мед, 2002. - 740 с.
2. М.А.Галеев, В.М.Тимербулатов. Желчнокаменная болезнь и холецистит. М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 280 с.
3. Ю.И.Галлингер. Лапароскопическая холецистэктомия. – РМЖ, 1996, Том 4, № 3.
4. О.Н.Минушкин. Абдоминальная боль: дифференциальная диагностика, возможные лечебные подходы. – РМЖ, 2002, Том 10, № 15.
5. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. О введении инструктивно-методических указаний по диагностике заболеваний органов пищеварения. Приказ N 76 от 5 марта 1999 г.
6. R.G.Holzheimer, J.A.Mannick. Surgical Treatment. 2001 - W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.
7. T Genzini, MP de Miranda, A de Oliveira e Silva, CP de Souza, FA Silva, CR de Melo, TE dos Santos, ES Cardoso, GC Santo, MP Lee, and LA D'Albuquerque. Cholelithiasis in cirrhotic patients. (Analysis of cholelithiasis among patients with liver cirrhosis in Sгo Paulo, Brazil). Arq Gastroenterol, April 1, 1996; 33(2): 52-9.
8. Claudia A. Steiner, Eric B. Bass, Mark A. Talamini, Henry A. Pitt, and Earl P. Steinberg. Surgical Rates and Operative Mortality for Open and Laparoscopic Cholecystectomy in Maryland. N Eng G Med, [February 10, 1994](http://content.nejm.org/content/vol330/issue6/index.shtml); Volume 330:403-408, Number 6.
9. I Nesterenko, SV Mikhailusov, VA Burova, MA Khokonov, and ZZ Balkizov. Treatment of calculous cholecystitis and its complications. Khirurgiia (Mosk), January 1, 2003; 41-44.
10. Craig R. Weinert; Donna Arnett; David Jacobs; Robert L. Kane. Relationship Between Persistence of Abdominal Symptoms and Successful Outcome After Cholecystectomy. Arch Intern Med. 2000;160:989-995.
11. Mark A. Graber. General Surgery. University of Iowa Family Practice Handbook, Fourth Edition. Chapter 15.
12. F Pezzolla and D Lorusso. Morbidity after video-laparoscopic cholecystectomy in cholelithiasis associated with liver cirrhosis. A case-control study. Ann Ital Chir, November 1, 1997; 68(6): 837-40.
13. David E. Johnston, and Marshall M. Kaplan. Pathogenesis and Treatment of Gallstones. N Eng G Med, [February 11, 1993](http://content.nejm.org/content/vol330/issue6/index.shtml); Volume 328: 412-421, Number 6.
14. Anders R., Scott E., Marilyn M., Frank A., Kimberly S. E. and Joseph J. Mechanisms of Impaired Gallbladder Contractile Response in Chronic Acalculous Cholecystitis. [Journal of Gastrointestinal Surgery,](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=JournalURL&_cdi=6663&_auth=y&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a33fdd1a857b7ca816652c12cb468256) [Volume 6, Issue 3](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=IssueURL&_tockey=%23TOC%236663%232002%23999939996%23315972%23FLA%23display%23Volume_6,_Issue_3,_Pages_277-514_(May_-_June_2002)%23tagged%23Volume%23first%3D6%23Issue%23first%3D3%23Pages%23first%3D277%23last%3D514%23date%23(May_-_June_2002)%23&_auth=y&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=1d453cd85b508a511e59f7a1f09c63d0) , May-June 2002, Pages 432-437.
15. N Gulla, A Patriti, A Patriti, and B Tristaino. Minimally invasive treatment of cholelithiasis in the elderly. Minerva Chir, June 1, 2001; 56(3): 223-8.

# Cholelithiasis. **The Merck Manual of Diagnosis and Therapy**. **Section 4. Chapter 48.**