ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

**Ф.И.О.больного:**

**Возраст:** \_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:**

**Пол:** Женский

**Место работы:**

**Дата поступления:**

**Метод поступления:** экстренное

**Дата кураций:**

**Диагноз:** Желчнокаменная болезнь, острый холецистит

**Операция:** Лапараскопическая холицистэктомия. Дренирование

брюшной полости

**Обезболивание:** эндотрахеальный

**Группа крови:** А(II) Rh+

**Исход болезни:** улучшение

**Трудоспособность:** идет восстановление

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

**(На момент курации)**

Больная жалуется на сильные боли в правом подреберье. По словам больной, боли возникают спонтанно, без видимых причин (редко после еды). Продолжительность болей составляет 0,5 – 2 часа. Помимо этого, больная жалуется также на сухость во рту, тошнота, рвота, общая слабость.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ(Anamnesis morbi)**

Считает себя больной в течение 14 часов, когда стали возникать сильные боли в области правого подреберья. Боли проходили иногда самостоятельно и иногда после еды (купировала препаратом мезим и принимала активированный уголь). К врачам не обращалась. Была сильная головная боль, потом пошел пот, и после этого началась, мёрзка, было повышение АД=150/100, температура не беспокоила. Также появилась тошнота, рвота. Ухудшение состояния отмечалось последние 4 часа. Иррадиация боли в сердце и в правую поясничную область.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ(Anamnesis vitae)**

Общебиографические сведения: родилась в года, в благополучной семье, шестым ребенком по счету. Рост и развитие соответственно возрасту. В детстве перенесла простудные заболевание. Была в школе отличником. Семейное положение: замужем 3 детей. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные, живет в 3-х комнатной квартире. В семье живет 3 человек, материальная обеспеченность удовлетворяет. Питание во время работы регулярное. Режим свободного времени: сон не спокойный (нарушен), физ. культура и спортом не занимается. В данный момент: сон спокойный, без головных болей.

Условие труда: Из перенесенных заболеваний: хрон. панкреатит, аппендектомия (1981 год), ИБС, ЖКБ. Вредные привычки: нет . Сахарный диабет, гепатит, СПИД отрицает

Семейный наследственный анамнез: не отягощен.

Аллергологический анамнез: аллергических р-ий отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ(status praesens)**

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больного: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Походка: ровная

Осанка: прямая

Рост: 165 см.

Вес: 80кг..

Индекс Брокка: 80\*100%/165-100=123,07% (сильное телосложение)

Индекс Пинье:165-(80+82)=3 (сильное телосложение)

Индекс Кетле: 80/(1.65)2=29.38 (сильное телосложение)

Тип телосложения: гиперстенический

Температура тела: 36.6

Выражение лица: спокойное

Язык: влажный, обложен белым налетом

Состояние зубов: удовлетворительное

Слизистая склер глаза, носа, рта, уха: чистые без отделяемого(без особенностей)-удовлетворительное.

Форма лица: овальное, глаза не расширены

Кожный покров: Бледно-розовый цвет. Участки пигментаций, сыпи, сосудистые звездочки, кровоизлияния не обнаружены.

Рубцы: В правой подвздошной области послеоперационный (аппендоктомий)

Тип оволосенения: по женскому типу.

Тургор кожи: сохранен, эластичный.

Влажность кожи: сухая.

Ногти: обычной формы(розовый цвет).

Подкожно-жировая клетчатка: развита сильно.

Отеки: нет.

Лимфоузлы: не увеличены

Мышечная система: Безболезненна, удовлетворительной степени развития (динамическое и статическое действие удовлетворительна).

Костная система: Соотношение костей скелета пропорциональна. Форма костей правильна, без утолщения, и деформаций. Болезненность при пальпаций отсутствует. Симптом «барабанных пальцев» отсутствует.

Суставы: Обычной формы и размеров. Болезненность при сгибаний коленного сустава справа и слева в области медиального надмыщелка. Движения в полном объеме.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Осмотр: Нос: Обычной формы, слизистая чистая без отделяемого.

Дыхание через нос: свободное.

Голос: тихий.

Гортань: без деформаций и припухлости.

Форма гр. кл.: гиперстеническая, симметрична.

Над и Подключичная ямка: выражена умеренна, одинакова с обеих сторон.

Ширина межреберных промежутках: 1.5 см.

Эпигастральный угол: острый.

Ребра в боковых отделах: Умеренное косое направление.

Прилегание лопаток к гл. кл.: плотно, и располагается на одном уровне экскурсия гр.кл.: 3см.

Тип дыхания: преимущественно брюшной, гр.кл. участвует в акте дыхания равномерно. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

ЧД: 18 за 1 минуту.

Дыхание: средней глубины, ритмичная.

Соотношение Фаз вдоха и выдоха: не нарушена.

Пальпация: Эпигастральный угол: острый.

Ребра: целостность не нарушена.

Резистентность(эластичность): Эластичная, упругая, податливая.

Голосовое дрожание: одинакова на семеричных участках гр.кл.

Болезненность: при ощупывании ребер, межреберных промежутках, грудных мышц не выявлена.

Перкуссия: Сравнительная: над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

Топографическая:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Верхняя граница | | | |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница | | | |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | Остистый отросток 11 груд. позвонка | Остистый отросток 11 груд. позвонка |

Ширина полей кренинга: 4см. с обеих сторон.

#### Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии:7см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 5см слева не определяется

По лопаточной линий: 5см. справа и слева

Аускульптация: над легким с обеих сторон определяется визикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы и шум трения плевры не выслушивается. Бронхофония не изменена с обеих сторон.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Осмотр: Усиленная пульсация сонных артерий (пляска каротид), набухание шейных вен, видимых пульсаций вен не обнаружены.

Выпячивание области сердца, видимых пульсаций (верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация) визуально не определяются.

Пальпация: Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линий, ширина 1 см, невысокий, умеренной силы. Феномен диастолической и систолического дрожания в перекардиальной области, эпигастральная пульсация пальпаторно не определяется. При пальпации в области сердца - болезненность не определяется.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.- см медиальнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Поперечник отнсит. туп: 12см.

Ширина сосудистого пучка6 6см, 2 межреберье слева и справа.

Конфигурация сердца: нормальная. Аскультация: Тоны: - ритмичные сердечные сокращения

* + число сердечных сокращений – 76
  + первый тон нормальной звучности
  + второй тон нормальной звучности
  + дополнительные тоны не прослушиваются

Шумы: не прослушиваются , шум трения перикарда не прослушивается.

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, эластичный, частота=76 уд. В 1 мин., ритмичный, умеренного напряжения , полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 120/70 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ**

*Осмотр полости рта.*

Запаха нет; слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба нормальной окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют; дёсны не кровоточат; язык нормальной величины и формы, влажный, не обложен; нитевидные и грибовидные сосочки выражены достаточно хорошо; зев нормальной окраски; нёбные дужки хорошо контурируются; миндалины не выступают за нёбные дужки; слизистая оболочка глотки не гиперемиривана, влажная, поверхность гладкая. Склеры нормальной окраски.

Зубная формула:

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* 7 8

*Условные обозначения:* 6 – кариозный зуб, 6 – удаленный зуб, *6* – пломбированный зуб, 6 – протезированный зуб.

*Осмотр живота.*

Живот нормальной формы, симметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены; патологической перистальтики нет; мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. При осмотре в вертикальном положении грыжевых выпячиваний не обнаружены. В ответ на кашель усиление болей в эпигастрии не происходит.

Окружность живота 90 см.

*Ориентировочная перкуссия живота.*

Определяется тимпанит различной степени выраженности, притупления в отлогих местах живота не отмечается.

*Ориентировочная поверхностная пальпация живота.*

Определяется умеренная болезненность в области правого подреберья, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При исследовании “слабых мест” передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не образуется.

*При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско-Василенко:*

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15см., цилиндрической формы, диаметр - 2см., плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность в пределах 3-4 см., безболезненная, не урчащая; слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae dextra в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластичной консистенции, диаметр 3-4 см., слегка урчащего при пальпации.Остальные участки кишечника пропальпировать не удалось.

*Пальпация желудка и определение его нижней границы:*

- методом перкуссии, методом стетоакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка.

- методом глубокой пальпации большой кривизны желудка, методом шума плеска нижнюю границу желудка определить не удалось.

- малая кривизна и привратник не пальпируются; шум плеска справа от срединной линии живота (симптом Василенко) не определяется.

*Аускультация живота.*

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Определение границ абсолютной печёночной тупости.*

Методом перкуссии определяется:

верхняя граница

по правой передней подмышечной линии - 7 ребро

по правой среднеключичной линии - 6 ребро

по правой окологрудинной линии - 5 ребро

нижняя граница

по правой передней подмышечной линии – 2 см книзу от 10 ребра. по правой среднеключичной линии - 4 см. книзу от рёберной дуги

по правой окологрудинной линии - 5 см. книзу от рёберной дуги

по передней срединной линии - 9 см. книзу от основания мечевидного отростка левая граница печёночной тупости выступает за окологрудинную линию по краю рёберной дуги на 2см.

размеры печёночной тупости:

по правой передней подмышечной линии - 15 см,

по правой среднеключичной линии - 15 см

по окологрудинной линии - 13 см

по передней срединной линии - 13 см

косой размер (по Курлову) - 9 см

печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии); край печени плотный, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный; печень безболезненна; желчный пузырь не пальпируется; болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря, симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси – слабоположительные.

*Перкуссия селезенки.*

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости:

верхняя - на уровне 9 ребра;

нижняя - на уровне 11 ребра.

передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см; длинник - 8 см.

Селезенка не пальпируется.

*Исследование поджелудочной железы.*

Поджелудочная железа не пальпируется; болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена отсутствует; симптом Мейо - Робсона отрицательный.

*Исследование прямой кишки.*

При осмотре заднего прохода мацерация, гиперемия кожных покровов перианальной области отсутствует. При пальцевом исследовании: тонус сфинктера нормальный, отсутствие опухолей, воспалительных инфильтратов, уплотнённых геморроидальных узлов. Предстательная железа нормальной формы, консистенции и размеров, безболезненна.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

Осмотр: Поясничная область: гиперемия кожи, припухлости ,

сглаживания контуров не отмечается..

Надлобковая область: ограниченного выбухания не обнаружено.

Перкуссия: Поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный.

Пальпация: Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются.

Мочевой пузырь безболезненный, эластичный, пальпируется в виде мягкоэластичного шаровидного образования над лонным сочленением. Проникающая пальпация почек и мочеточников с обеих сторон безболезненна (мочеточниковые и реберной позвоночные точки).

**СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.**

Осмотр: Тип оволосенения по женскому типу. Голос низкий. Грудные железы без патологических изменений (нет отеков, гиперемий, втяжений…).

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр и пальпация: Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Тремор век, языка и пальцев рук не определяются.

Форма шеи обычная, контуры ровные, при пальпаций безболезненная. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, подвижна. Ожирение незначительная.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Осмотр: Память, внимание, сон сохранены. Настроение – бодрое, аптиместическое. Ограничение двигательной активности : нет. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики- сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

* + Интеллект соответствует уровню развития.
  + Поведение адекватное.
  + Уравновешена, общительна.
  + Никаких отклонений не наблюдается
  + Двигательная сфера: Походка устойчивая,

безболезненная.

- Судороги и контрактуры мышц не определяется.

- Рефлексы: роговичный, глоточный, сухожильные-

сохранены. Патологических (Бабинского и

Россолимо)-отсуствовают.

- Экзофтальм и энофтальм отсутствовают.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.

##### ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Согласно следующим данным можно заподозрить у больной наличие желчнокаменной болезни: жалобы больной на боли в эпигастрии и правом подреберье, умеренной интенсивности, продолжительностью 0,5 – 2 часа, тошнота, рвота, общая слабость,больной себя считает около 14 часов.

Для подтверждения диагноза были проведены следующие исследования:

Объективное исследование: болезненность в точке проекции мочевого пузыря, отсутствие защитного напряжения мышц живота.Симптом Кери, Мерфи, Ортнера слабо положительны

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Реакция Вассермана
4. ЭКГ в 12 отведениях
5. Рентгеноскопия органов грудной клетки
6. Исследование желудочного содержимого фракционным методом
7. Дуоденальное зондирование
8. Анализ кала (копрологическое, на дисбактериоз, простеишие, бактер.)
9. Диастаз мочи, амилаза крови
10. Реноскопия желудка и кишечника с прицельной рентгенографий
11. Ирригоскопия
12. Эзофагоскопия
13. Гастродуоденоскопия с биопсией
14. Ректоромаманоскопия, колоноскопия
15. Биохимия крови
16. Исследование мочи на уробилин и билирубин
17. Исследование кала на стеркобилин
18. Холецистография
19. Радиоизотопное и УЗИ-сканирования печени и селезенки, панкреас
20. Определение класса иммуноглобулинов крови
21. Исследование крови на HbS-антиген
22. КТ органов брюшной полости
23. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусного гепатитов, включая антитела к HBs-антигену)
24. Определение группы крови, резус фактор

**Общий анализ крови**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Hb (10.10.2005)  (12.10.2005) | *135 г/л*  *123 г/л* |
| Лейкоциты (9.10.2005)  (10.10.2005)  (11.10.2005)  (12.10.2005)  Эритроциты (10.10.2005)  (12.10.2005) | *9,0·109/л*  *8,8·109/л*  *8,0·109/л*  *6,3·109/л*  *4,2·1012/л*  *3,8·1012/л* |
| Миелоциты | *—* |
| Метамиелоциты | *—* |
| Палочкоядерные нейтрофилы (12.10.2005) | *3%* |
| Сегментоядерные нейтрофилы(12.10.2005) | *72%* |
| Эозинофилы(12.10.2005) | *1%* |
| Базофилы | *—* |
| Лимфоциты(12.10.2005) | *19%* |
| Моноциты | *5%* |
| Плазматические клетки | *—* |
| СОЭ | *19 мм/ч* |
|  | |

**Анализ мочи.**

**10.10.2005**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Цвет | | *Жёлтый* | |
| Прозрачность | | *умеренно* | |
| Относительная плотность | | *1008* | |
| Реакция | | *неитральная* | |
| Белок | | *Отрицательный* | |
| Эпителий*:* | |  | |
| - Плоский | | *3-3-2 в поле зрения* | |
| Лейкоциты | | *2-1 в поле зрения* | |
| Соли | | *Ураты 11* | |

**Биохимические анализ крови**

**12.10.2005**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Общий белок | *70 г/л* |
|  |  |
| Креатинин | *61 ммоль/л* |
|  |  |
|  |  |
| Общий билирубин | *10,8 мкмоль/л* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ 12.10.2005**

А(II) Rh+

**ПТИ 12.10.2005**

89%

**МИКРОРЕАКЦИЯ С КАРДИОЛИПИНОВЫМ АНТИГЕНОМ 12.10.2005**

ОТРИЦАТЕЛЬНА

**ЭКГ 10.10.2005**

Заключение: Ритм синусовый с ЧСС=75, ЭОС откланена в лево, симптомы гипертрофий миокарда левого желудочка с признаками дистрофий.

**СПИРОГРАФИЯ 13.10.2005**

Заключение:- Нарушение бронхиальной проходимости не выявлена, без признаков экспираторного сужения дыхательных путей.

- ЖЕЛ в пределах нормы.

- Состояние аппарата вентиляций в пределах нормы.

**ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДОУДЕНОСКОПИЯ 11.10.2005**

Пищевод свободно проходим. Розетка кардии смыкается полностью. Нагрузочная проба отрицательна. В желудке умеренное количество прозрачно-желтоватой желчи, складки извитые, сочные. Перильстальтика прослеживается во всех отделах. Слизистая желудка гиперэмирована, умеренно истончена. Привратник округлой формы проходим, слизистая луковицы 12 п.к. усыпана мелкими белесоватым цветным высыпаниями по типу “манной крупы”.

Заключение: Дискенезия желчевыводящих путей. Поверхностный субтрофический гастрит. Эндоскопическая картина панкреатита.

**УЗИ** Печень: Визуализируется фрагментами через межреберье, повышенная эхогенность.

Желчный пузырь: После приема пищи увеличивается до 100\*36 мм., стенка утолщена до 4м.. в полости конкременты до 14 мм. Один из которых фиксирован в устье. ОЖП не расширенна.

Поджелудочная железа: увеличение в области тела до 23 мм., повышена эхогенность, неоднородная.

Почки: Топография и размеры в норме. Уплотнение деформаций стенок ЧЛС. Отток мочи не нарушен. Единичные меткие гиперхромные включения до 1-3 мм.

Селезенка: не увеличена.

Заключение: Эхо признаки острого калькулезного холецистита не исключается? Камень в устье.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.

##### ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Согласно следующим данным можно заподозрить у больной наличие желчнокаменной болезни: жалобы больной на боли в эпигастрии и правом подреберье, умеренной интенсивности, продолжительностью 0,5 – 2 часа, тошнота, рвота, общая слабость, больной себя считает около 14 часов.

Для подтверждения диагноза были проведены следующие исследования:

Объективное исследование: болезненность в точке проекции мочевого пузыря, отсутствие защитного напряжения мышц живота. Симптом Кери, Мерфи, Ортнера слабо положительны

Инструментальные методы исследования также доказывают правильность поставленного диагноза:

Заключение специалиста УЗИ: имеющиеся признаки острого калькулёзного холецистита, желчный пузырь увеличен до 100\*36мм.,стенка утолщена до 4мм., наличие конкрементов в полости размером до 14 мм. и в устье желчного пузыря. ОЖП не расширен.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Желчнокаменную болезнь необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: хроническим панкреатитом, хроническим гастритом, дуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, бескаменным холециститом, опухолью правой половины толстой кишки, раком желчного пузыря. Так как симптомы и клиническое течение вышеперечисленных заболеваний схожи и ошибка в диагнозе может привести к тяжёлым осложнениям, обусловленным неправильно выбранной тактикой лечения. Рассмотрим отдельно отличия каждого вышеперечисленного заболевания от желчнокаменной болезни:

*Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки:* Для этого заболевания характерно наличие периодов обострения и ремиссии, а динамическое течение у желчнокаменной болезни отсутствует.

Боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки носят суточный и ритмичный характер (голодные, ночные боли), во время обострения характерны длительные боли продолжительностью 3 – 4 недели. Для желчнокаменной болезни характерны боли, связанные с приёмом жирной, "тяжёлой" пищи, боли снимаются приёмом спазмолитических средств, носят непродолжительный характер. Болезненность обычно локализуется в точке проекции желчного пузыря, положительны симптомы Ортнера, Георгиевского – Мюсси.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки температура тела, как правило, остаётся в норме, а при желчнокаменной болезни чаще носит субфебрильный характер.

Показатели крови при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следующие: СОЭ в норме, увеличивается при осложнениях, картина белой крови в норме, при осложнении кровотечением наблюдается анемия. При желчнокаменной болезни же, СОЭ увеличивается, наблюдается лейкоцитоз со сдвигом влево.

Рвота после еды через 2 – 2,5 часа после приёма пищи, приносящая облегчение характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а при желчнокаменной болезни рвота облегчения не приносит, имеет примесь желчи. Секреторная функция желудка, как правило, остаётся нормальной, а при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обычно наблюдается гиперацидное состояние.

Кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имеют, обычно, характерные проявления: рвота вида "кофейной гущи", мелена, побледнение кожных покровов, а при желчнокаменной болезни не бывают.

Данные эзофагогастродуоденоскопии с проведением гистологического исследования отобранных биоптатов и рентгенологическое исследование желудка позволяют более точно установить диагноз. У данной больной нет эзофагогастродуоденоскопических данных в пользу язвенной болезни. При осмотре слизистой оболочки желудка выявлен атрофический гастрит, а при осмотре papillae faterii не обнаружено желчеистечения.

*Дифференциальный диагноз между язвенной болезнью желудка и желчнокаменной болезнью:*

При язвенной болезни желудка боли возникают сразу после приёма пищи или через 15 – 45 минут после еды. Облегчение в этом состоянии может принести эвакуация желудочного содержимого. При желчнокаменной болезни же, боли, как правило, связаны с приёмом жирной, жареной, острой пищи и рвота облегчения не приносит, содержит примеси желчи.

Локализация болей при язвенной болезни, как правило, между мечевидным отростком и пупком, чаще левее срединной линии, иррадиация в левую половину грудной клетки, в межлопаточную область. При желчнокаменной болезни боль локализуется в правом подреберье, иррадиирует в правую лопатку, правое плечо. Болезненность располагается в характерной точке – точке проекции желчного пузыря, также положительны симптомы Ортнера, Георгиевского-Мюсси.

Кислотность желудочного сока при язвенной болезни изменяется, а при желчнокаменной болезни – нормальная.

У больной отсутствуют характерные признаки для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Дифференциальный диагноз между бескаменным хроническим холециститом и желчнокаменной болезнью:*

Клиническая картина бескаменного хронического холецистита сходна с таковой при хроническом калькулёзном холецистите, однако боли в правом подреберье не столь интенсивны, но отличаются длительностью, почти постоянным характером, усилением после нарушениями рациона (принятие жирной, жареной пищи, особенно в чрезмерном количестве). Для диагностики наиболее информативными методами являются ультразвуковое исследование и холецистохолангиография.

У больной боли носят периодический характер, умеренной интенсивности. Данные ультразвукового диагностического исследования подтверждают наличие структур повышенной эхогенности.

*Дифференциальная диагностика между опухолью желчного пузыря и желчнокаменной болезнью.*

У опухоли желчного пузыря и желчных протоков выявляются признаки генерализации ракового процесса: общие признаки, такие как слабость, повышенная утомляемость, отсутствие аппетита, похудание, анемия; сочетающиеся с местными симптомами – увеличенной бугристой печенью, асцитом и желтухой.

У данной больной наличие опухолевого процесса отвергается данными ультразвукового исследования.

*Дифференциальная диагностика между острым аппендецитом и желчнокаменной болезнью.*

Характер боли: в эпигастрий, умеренной интенсивности (тянущие постоянные), затем перемещается в правую подвздошную область. Прочие жалобы: тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка. Развитие: острое. Объективное исследование: болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области,с-мы раздражения брюшины, Воскресенского, Роздольского, Образцова, Равзинга, Ситковского, выражена интоксикация. Дополнительные обследования: изменение в ОАК свидетельствующий о воспаления.

*Дифференциальная диагностика между почечной колике и желчнокаменной болезнью.*

Характер боли: в пояснице(приступообразный), чрезвычайно интенсивные с иррадиаций в пах, уменьшаются применением спазмолитиков. Прочие жалобы: возможно дизурия. Анамнез: мочекаменная болезнь. Развитие: острое. Объективное исследование: пальпация живота как правило безболезненна, положительный с-м Пастернацкого, интоксикация отсутствует. Дополнительные обследования: эритроцитурия.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Морфологическим субстратом желчнокаменной болезни являются конкременты желчного пузыря желчевыводящих путей. Желчные конкременты состоят из обычных компонентов желчи – билирубина, холестерина, кальция. Чаще всего встречаются смешанные камни, однако при преобладании какого-то одного компонента говорят о холестериновых, пигментных или известковых конкрементах.

Выделяют три основные причины их образования: нарушение физико-химического баланса состава желчи, воспалительные изменения эпителия желчного пузыря и застой желчи.

**Нарушение физико-химического баланса состава желчи.**

При желчнокаменной болезни происходит изменение нормального содержания в желчи холестерина, лецитина, солей желчных кислот. Мицеллярные структуры, состоящие из желчных кислот и лецитина, способствуют растворению холестерина в желчи, который входит в состав мицелл. В мицеллярных структурах всегда имеется определённый запас растворимости холестерина. Когда количество холестерина желчи превышает границы его растворимости, желчь становится пересыщенной холестерином, и он начинает кристаллизоваться и выпадать в осадок. Литогенность желчи характеризуется индексом литогенности, который определяется отношением количества холестерина, находящегося в данной желчи к количеству холестерина, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот, лецитина, холестерина.

Желчь становится литогенной при следующих изменениях соотношения её компонентов:

1. увеличение концентрации холестерина (гиперхолестеринемия)
2. уменьшение концентрации фосфолипидов
3. уменьшение концентрации желчных кислот.

Количество секретируемого холестерина прямо пропорционально массе тела и, соответственно, её излишку, количество же желчных кислот во многом зависит от состояния энтерогепатической циркуляции и не зависит от массы тела. Следствием этой диспропорции и является пересыщение желчи холестерином у тучных людей. Гиперхолестеринемия также наблюдается у больных сахарным диабетом, атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, подагрой, гипотиреозом, некоторыми заболеваниями печени (цирроз, стеатоз) и почек, перенесёнными инфекционно-паразитарными заболеваниями и др.

Причины, приводящие к уменьшению поступления желчных кислот в желчь, можно разделить на три группы:

1. Уменьшение синтеза желчных кислот и нарушение механизмов обратной связи, а также механизмов, регулирующих синтез желчных кислот: нарушение функции печени, приём гормональных препаратов (кортикостероиды, оральные контрацептивы и др.), беременность, повышение уровня эстрогенных гормонов, отравления гепатотоксичными ядами.
2. Нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот (значительные потери желчных кислот происходят при резекции дистального отдела тонкой кишки, заболеваниях тонкой кишки).
3. Дренирование желчных кислот из желчного пузыря, что наблюдается при атонии желчного пузыря, продолжительном голодании.

**Застой желчи**

Нарушение координированной работы сфинктеров желчевыводящих путей вызывает различные по характеру дискинезии. Выделяют гипертонические и гипотонические дискинезии желчевыводящих протоков и желчного пузыря.

При гипертонических формах дискинезий происходит повышение тонуса сфинктеров. Спазм в общей части сфинктера Одди вызывает гипертензию в протоках и в желчном пузыре.

При гипотонических формах дискинезии происходит расслабление сфинктера Одди с последующим рефлюксом содержимого двенадцатиперстной кишки в желчные протоки, при этом происходит инфицирование протоков. При дискинезии происходит нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря и протоков, что является предрасполагающим фактором для камнеобразования.

**Инфекции желчных путей**

Существенное значение в процессе кристаллизации холестерина и последующем росте конкрементов имеет состояние слизистой оболочки желчного пузыря, осуществляющей селективный обмен неорганических и органических ионов, а также моторно-эвакуационную функцию, при нарушении которой снижается турбулентность желчетока и создаются условия для задержки кристаллов. В результате воспаления в просвет пузыря попадают микрочастицы, которые являются матрицей для отложения на них кристаллов вещества, находящегося в перенасыщенном растворе.

**Механизмы образования пигментных желчных камней**

Пигментные камни могут образовываться при нескольких состояниях:

* При поражении печени из неё выделяется желчь, содержащая пигменты ненормального строения. Последние выпадают в осадок, что случается при циррозе печени.
* При выделении пигментов нормального строения, но в чрезмерном количестве – большем, чем может раствориться в данном объёме желчи.
* При превращении в желчи нормальных экскретируемых пигментов в нерастворимые соединения, что может происходить под влиянием патологических процессов в желчных путях.

Много неясного остаётся в вопросе о первичности пускового механизма холелитиаза. В последнее время, несмотря на многочисленные подтверждения гипотезы метаболических нарушений желчеобразования, вновь стала подчёркиваться роль местных, внепечёночных факторов литогенеза. Показано, что снижение энзиматозной конверсии холестерина, изменение состава и пула желчных кислот, секреция дефектных везикул из-за недостатка включения в них фосфолипидов являются важными, но не основными причинами развития холелитиаза, поскольку ускорение процессов нуклеации, закономерно проявляется в пузырной, а не в печёночной желчи. Наиболее вероятным фактором повышения деятельности активаторов и угнетения активности ингибиторов нуклеации в пузырной желчи является воспалительный процесс в желчном пузыре и связанные с ним гиперсекреция гликопротеидов и белка, продуктов протеолиза и пероксидации липидов, лейкотриены, а также нарушение обменной функции желчного пузыря.

Судя по экспериментальным данным, при любых способах индукции холелитиаза камнеобразование происходит на фоне указанных морфологических изменений в стенке желчного пузыря.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**консервативную терапию включает**:

* Соблюдение диеты в пределах 5-го стола, а именно ограничение употребления продуктов, усиливающих секреторную активность желудка, поджелудочной железы, желчеотделения;
* Приём холинолитических спазмолитических средств (No-Spa, Baralgin, Спазмогард, Спазмалгин, Папаверин, Платифиллин);
* Средств, регулирующих перистальтику желудочно-кишечного тракта, таких как Церукал, Реглан;
* Для уменьшения болей применяют болеутоляющие средства: ненаркотические анальгетики и спазмоанальгетики (анальгин, баралгин, и так далее).
* Sol. Papaverini hydrochloridi- 2.0 ml X 3 раза в день внутримышечно
* Sol. "No-Spa" - 2.0 ml X 3 раза в день внутримышечно
* Ampicillini - 1.0 ml X 4 раза в день внутримышечно
* Vicasoli- 1.0 ml X 3 раза в день внутримышечно
* Gastrocepini - 2.0 ml X 2 раза в день внутримышечно
* Tab. Maninili – по 2 таблетки 2 раза в день
* Sol. NaCl 0.9% - 500.0 ml

Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 5.0 ml

Cocarboxilasae – 150.0 mg

**Оперативное**

Предоперационный эпикриз:

Бальная поступила в экстренном порядке с жалобами на боли в правом подреберье, эригастрий, сухость во рту, тошнота, рвота, общая слабость.

Обследована по данным УЗИ: Желчный пузырь: После приема пищи увеличивается до 100\*36 мм., стенка утолщена до 4м.. в полости конкременты до 14 мм. Один из которых фиксирован в устье. ОЖП не расширенна.

Выставлен клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.

В связи с наличием в анамнезе приступов болей в правом подреберье во время приема пищи, наличие признаков хрон. холецистита с целью профилактики возможных осложнений и санаций желчевыводящих путей больной показана оперативное лечение. Планируется лапараскопическая холецистэктомия. Больная на операцию согласна, возможность конверсии предупреждена.

Группа крови: А(II) Rh+ Леч. Врач: Н.Протокол операций №255.

Ф.И.О: *Сальманова Альфира Фазаловна.*

Возраст*: 48 лет .* № ист.бол.:*22540.*

Диагноз: *Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит.*

Операция: *Лапараскопическая холецистоэктомия .Дренирование брюшной полости.*

Хирурги: *Тимербуллатов М.В., Гарифуллин.*

Анестезиолог: О/с: Дата:*.* Начало операций:*9:40* . Продолжительность:*25минут.*

Под эндотрахеальным обезболиванием после обработки операционного поля, троакарный лапароцентез введен в пупочную область. При помощи инсуфлятора произведен напряженный карбоксиперитонеум. В брюшную полость введен видеолапараскоп и манипуляционные троакары в 4 стандартных точках. При ревизии органов брюшной полости выявлено что печень не увеличен, однородная, желчный пузырь 8\*4\*4см не увеличен стенка до 4мм.с признаками хронического воспаления. Желчный пузырь выделен из сращений, идентифицированы элементы треугольника Кало, раздельно выделены пузырный проток и артерий сшиты, отсечены. Произведена холецистоэктомия от шейки с коагуляционным гемостазом ложа желчного пузыря. Желчный пузырь эвакуирован из эпигастрального доступа. Подпеченочное пространство санировано и дренировано трубчатым дренажем. Контроль на гемостаз. Швы на рану. Асептическая повязка. Макропрепарат - желчный пузырь содержит конкременты 2,5\*10мм., отправлен на гистологическое исследование.

**ДНЕВНИК**

| ДАТА | Состояние больной |
| --- | --- |
| ЧД=16  ПС=74  АД=140/90 | | Общее состояние относительно удовлетворительное, жалобы на слабость, дыхание везикулярное. Язык суховатый облажен белым налетом, живот мягкий, не вздут безболезненен, диурез не нарушен, стул оформленный. |
| ЧД=16  ПС=80  АД=140/80 | | Больной после операций, состояние соответствует проведенной операций, сознание ясно, жалобы на боли в ране, слабость, диспепсий нет дыхание и гемодинамика удовлетворительна, живот мягкий, не вздут |
| ЧД=16  ПС=78  АД=130/80 | | Больную беспокоят малоинтенсивные боли в эпигастрии и правом подреберье, температура – 36,8°С. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено.  Объективно: состояние больной на данный момент средней тяже­сти. В лёгких везикулярное дыхание, пульс – 78 ударов в минуту, симметричен, правильного ритма. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налётом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участ­вует. Защитного напряжения мышц не выявляется. Желчный пузырь не пальпируется, симптом Щёткина Блюмберга отрицательный.  Куратор – Заликин М.А. |
| ЧД=18  ПС=82  АД=120/80 | | Состояние больной за истекший период улучшилось. Боли больную больше не беспокоят на протяжении последних 2-х дней. Температура – 36,7°С. Стул нормальный. Мочеиспускание не нарушено.  Объективно: состояние больной на данный момент удовлетворительное. В лёгких везикулярное дыхание, пульс – 80 ударов в минуту, симметричен, правильного ритма. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налётом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участ­вует. Защитного напряжения мышц не выявляется. Желчный пузырь не пальпируется, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.  Куратор – Заликин М.А. |

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для здоровья: выздоровление

Прогноз для жизни: благоприятный.

Прогноз для работы: работоспособна.

**ЭПИКРИЗ**

Этапный: продолжение лечения в ГКБ №21 в 1 хирургическом отделений.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **13** | | **14** | | **15** | | **16** | | **17** | | **18** | | **19** | | **20** | | | **21** | | | **22** | |
| **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | | **в** | **у** | | **в** | **у** | **в** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **37** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1. А.Н. Окоров. Минск2001год.
2. Пропедевтика внутренних болезней. В.Х.Василенко. Москва «Медицина» 1983 год.
3. Клинические классификации заболеваний внутренних органов. БГМУ. Уфа 1996 год.
4. Лекарственные средства. М.Д.Машковский. Москва «Медицина» 1986 год.
5. Фармакология. Д.А.Харкевич. Москва 2001 год.

6.Хирургические болезни Кузин М. И. Москва 2000 год

7.Родионов В. В., Филимонов М. И., Могучев В. М. Калькулёзный холецистит. – М.: Медицина, 1991. – 320 с.

8.Шапошников А. В. Холецистит. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение. – Издательство Ростовского университета, 1984. – 224 с.

9.Мовчун А. А., Колосс О. Е., Оппель Т. А., Абдуллаева У.А. Хирургическое лечение хронического калькулёзного холецистита и его осложнений. – Хирургия, 1998, №1, с.8 .