Московский государственный медико-стоматологический университет

Кафедра: факультетской хирургии № 2

Зав. кафедрой: д. м. н., профессор Хатьков И. Е.

Преподаватель: ассистент Ницэ Анна Лазаревна

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Татьяна Николаевна

*Клинический диагноз: ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит.*

*Сопутствующие заболевания:Хронический гастрит в стадии обострения. Железодефицитная анемия.*

Куратор-студент 4 курса

30 группы лечебного факультета (днев. отд.)

Москва, 2006 год

**Паспортные данные**

### ФИО: Татьяна Николаевна

Возраст:61 год(22.01.1945г.р.)

Семейное положение: замужем

Профессия: пенсионерка

Место жительства: г. Москва, ул. Ильинская 11-2-207

Время поступления в клинику: 2.10.2006

## Жалобы

На момент поступления на повышенную утомляемость, слабость, недомогание, головные боли; на момент курации жалоб не предъявляет.

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Считает себя больной с сентября 2006 года, когда вперые отметила появление повышенной утомляемости, слабости,недомогания.По данному поводу обратилась в районную поликлинику к терапевту, где и был поставлен диагноз железодефицитная анемия. Поледние два-три месяца отмечала изменения стула – жидкий, до 3х раз в день. Была направлена в ГКБ № 70 для обследования и лечения.

**История жизни (Anamnesis vitae)**

Родилась 22 января 1945 года в полной семье. Росла и развивалась по возрасту. Получила среднее образование. Впервые начала работать с 15-тилетнего возраста продавцом в гастрономе, где проработала 20 лет.Менструация появилась в 13 лет, цикл- 28 дней, продолжительность- 4-6 дней, выделения умеренные. В 1959 году вышла замуж, на данный момент имеет сына 1960 г.р.. Беременность протекала тяжело с токсикозом, отмечает также тяжёлые роды.Количество перенесённых абортов не помнит. Климакс начался в 45 лет, протекал без осложнений. Вредных привычек не имеет. Из перенесённых заболеваний отметила: детские инфекции: корь, скарлатина; ОРЗ, операции: удаление матки с придатками по поводу миомы матки в 2000 году, лапаротомия, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, прободная язва двенадцатиперстной кишки, дренирование брюшной полости, аппендэктомия 2003г. Условия и режим труда и быта удовлетворительные: профессиональные вредности отрицает, проживает в двухкомнатной квартире г. Москвы вместе с сыном. Режим питания дробный, придерживается строгой диеты.

Наследственность не отягощена.

Аллергия на йод (гиперемия кожи).

**Настоящее состояние больного (Status praesens)**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, правильного телосложения, гиперстенической конституции, осанка сутуловатая. Выражение лица утомлённое, патологических масок нет, деформаций носа нет, носогубные складки симметричны. Веки обычной окраски, не отёчны, птоза, экзофтальма, энофтальма, симптома Горнера нет, конъюнктива бледного цвета, склеры белые. Зрачки правильной формы, реакция на свет адекватная, пульсации зрачков и колец вокруг зрачков нет. Голова обычной формы и размера, симптома Мюссе нет. Искривлений шейного отдела позвоночника, деформаций шеи в переднем отделе, «пляски каротид», набухания шейных вен, воротника Стокса, отёчности лица и верхней половины грудной клетки нет. Кожа телесного цвета, сухая, тургор и эластичность снижены, пигментаций и депигментаций, кровоизлияний, трофических изменений в виде язв, пролежней нет, стрий нет. Оволосенение по женскому типу, ногти правильной формы, бледно-розового цвета, симптома «часовых стёкол» нет. Слизистая полости рта, глотки розовая, суховата, патологических элементов нет. Развитие подкожно-жировой клетчатки чрезмерное, толщина складки на уровне пупка –6см, под углом лопатки – 4 см, места наибольшего отложения жира – живот и бёдра. Отеков нет. Рост 162 см, вес 75кг. Затылочные, околоушные, шейные, подчелюстные, подбородочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфоузлы не пальпируются. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранён, сила мышц симметрична, достаточна, болезненности и уплотнений при ощупывании нет. Со стороны костной системы деформаций, узуров, болезненности при ощупывании и поколачивании нет, симптома «барабанных палочек» нет. Суставы правильной конфигурации, припухлостей нет, болезненности нет, контрактур, анкилозов нет, объём активных и пассивных движений одинаков.

**Органы дыхания**

### Форма грудной клетки – гиперстеническая: над- и подключичные ямки слабо выражены, межрёберные промежутки сглажены, эпигастральный угол – тупой, лопатки и ключицы умеренно выступают. Искривлений позвоночника нет, окружность грудной клетки 93 см, экскурсия грудной клетки на вдохе 94 см, на выдохе-92 см. Тип дыхания грудной, правая сторона отстаёт в дыхании. Число дыхательных движений в минуту - 17, дыхание свободное, поверхностное, ритмичное, выдох продолжительней вдоха, одышки нет. При пальпации грудной клетки болезненных участков не обнаружено, грудная клетка эластичная, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое. Сравнительная перкуссия лёгких: перкуторный звук на симметричных участках спереди, в боковых отделах, сзади - ясный лёгочный. Топографическая перкуссия:

### Высота стояния верхушек спереди: справа - 4 см, слева – 3 см

### Высота стояния верхушек сзади: справа – C VІІ, слева - C VІІ

### Нижняяграница: по передней подмышечной линии: справа - Th VІІ, слева - Th VІІ , по средней подмышечной линии: справа – Th VІІІ . слева - Th VІІІ , по задней подмышечной линии: справа – Th ІX, слева - Th ІX, по лопаточной линии: справа – Th X, слева - Th X, по околопозвоночной линии: справа - Th XІ, слева - Th XІ

* Дыхательная экскурсия нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии: на вдохе справа –ThVΙΙ, на выдохе справа – Th VІ , на вдохе слева - Th VІІІ, на выдохе слева - Th VІ.Аускультация лёгких: дыхание везикулярное на симметричных участках грудной клетки, побочных дыхательных шумов (сухих или влажных хрипов, крепитации, шума трения плевры, плеврокардиального шума) не выявлено, бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон.

## Сердечно-сосудистая система

Выпячивания области сердца, пульсации во ІІ-м межреберье слева и справа то грудины, патологической прекардиальной пульсации, эпигастральной пульсации, нет, верхушечный толчок не визуализируется, сердечного толчка , набухания и пульсации шейных вен нет. Пальпация: верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 - 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии умеренной резистентности. Сердечный толчок не определяется, дрожания в области верхушечного толчка, во ІІ межреберье справа и слева от грудины, у основания мечевидного отростка нет. Перкуссия: границы относительной тупости сердца: правая –ІV межреберье на 1,5 см от правого края грудины, левая – V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя –ΙΙ межреберье, поперечник: правый –3 см, левый –12 см, общий – 15 см, ширина сосудистого пучка – 7 см**.** Границы абсолютной тупости: правая –правый край грудины, левая – V межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя – ІV ребро. Аускультация: ритм правильный: во всех 5-ти точках аускультации выслушиваются два тона, в 1 точке – І тон громче II, но не более, чем в 2 раза , во 2-й точке- ΙΙ тон громче Ι, не более, чем в 2 раза, в 3-й точке – І тон громче II, но не более, чем в 2 раза, в 4-й точке - І тот громче ІІ, не более, чем в два раза, в 5-й точке - ΙΙ тон громче Ι, не более, чем в 2 раза; шумов нет. Пульс: 74уд/мин, не напряжен. ЧСС: 74, АД:130/90.

## Система органов пищеварения

Язык суховат с беловато-жёлтым налётом в области корня языка, трещин и язв нет. Десны, мягкое и твёрдое нёбо желтушны, налётов, геморрагий, изъязвлений нет. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует симметрично, видимой перистальтики желудка и кишечника, венозных коллатералей нет, пупок впалый. Окружность живота на уровне пупка 83 см. Перкуссия: над всей поверхностью живота –перкуторный звук тимпанический**.** При поверхностной ориентировочной пальпации живота имеется болезненность в области эпигастрия и правом подреберье**,** симптом раздражения брюшины отрицательный, расхождения прямых мышц живота и грыжевых выпячиваний нет, симптом Ортнера, Мерфи, Френикус-симптом отрицателен. Методическая глубокая скользящая пальпация живота: слепая кишка пальпируется в виде безболезненного мягкоэластического цилиндра, шириной в 2-3 см, умеренно подвижная, урчащая; сигмовидная кишка пальпируется безболезненна, в виде плотного гладкого цилиндра; нисходящий отдел подвздошной кишки пальпируется в виде мягкого легко перистальтирующего, пассивно подвижного урчащего цилиндра, толщиной 1 см; большая кривизна желудка не пальпируется следствие болезненности; привратник не пальпируется; поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде дугообразного плотного цилиндра, шириной 2-2,5 см, легко перемещающегося вверх, неурчащего и безболезненного. При аускультации выслушивается слабая перистальтика, шума трения брюшины и сосудистых шумов нет. Печень: при осмотре ограниченного выпячивания в области правого подреберья и ограничения в этой области дыхания нет**,** границы печени по Курлову: верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой среднеключичной линии на уровне VІ ребра; нижняя граница абсолютной тупости печени по правой среднеключичной линии край рёберной дуги, по передней срединной линии на границе между верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка, по левой рёберной дуге VІІ – VІІІ ребро; размеры печени по Курлову: 9 см – 8 см - 7 см, не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Селезёнка: при осмотре ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения в этой области дыхания нет,по длиннику – 6 см, по поперечнику – 5 см,не пальпируется, шума трения брюшины нет.

## Ректальный осмотр

Тонус сфинктера сохранен. Пальпация тазовой брюшины безболезненна, в просвете кишки патологических образований не определяется, каловые массы на перчатке обычного цвета.

## Вагинальный осмотр

Своды свободны. Придатки удалены.

## Система органов мочеотделения

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области нет, ограниченного выбухания в надлобковой области нет, симптом поколачивания отрицательный, перкуторный звук над лобком **-** притупленный, почки и мочевой пузырь не пальпируются.

**Предварительный диагноз:** Хронический калькулезный холецистит. Хронический гастрит в стадии обострения. Железодефицитная анемия.

**План обследования:**

1.Общий анализ крови

Кровь на группу крови и резус-фактор

2.Биохимический анализ крови

3.Общий анализ мочи

4.УЗИ брюшной полости

5.ЭКГ

6.Холецистография

7.Внутривенная холангиография

8.Фиброхоледохоскопия

9.Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

10. Гастроскопия

11.Ирригоскопия

**Данные лабораторных методов исследования**

**Определение группы крови и резус-фактор: А (II), Rh(+)**

**Общий анализ крови(13.10.2006)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты | 2,5\*1012 | л |
| Цвет.показатель | 0,9 |  |
| Гемоглобин | 80, 0 | г/л |
| МСН | 33,20 | пг |
| МСНС | 352 | г/л |
| Тромбоциты | 350,00 | л |
| Лейкоциты | 4,8\*109 | л |
| Миелоциты | 0 |  |
| Метамиелоциты | 0 |  |
| Палочкоядерные | 4 | % |
| Сегментоядерные | 77 | % |
| Эозинофилы | 5 | % |
| Базофилы | 1 | % |
| Лимфоциты | 10 | % |
| Моноциты | 4 | % |
| Плазматические клетки | 0 | % |
| СОЭ | 27 | мм/ч |

**Общий анализ мочи(16.11.2006)**

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Сол. Желт |
| Прозрачность | Неполн |
| Относительная плотность | 1014 |
| Реакция | Кисл |
| Белок | - |
| Глюкоза | Отриц |
| Лейкоциты | 6-8-6 |
| Эритроциты неизмен. | 1 |
| Слизь | + |
| Эпитей плоск | Неб. Колич. |

**Биохимический анализ крови(21.11.2006)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий белок | 62 | г/л |
| Мочевина | 2,7 | ммоль/л |
| Креатинин | 79 | мкмоль/л |
| Билирубин общ. | 4,0 | мкмоль/л |
| Билирубин прям. | 1,8 | мкмоль/л |
| Холестерин | 4,29 | ммоль/л |
| Калий ион | 5,3 | ммоль/л |
| Натрий ион | 144 | ммоль/л |
| Кальций ион | 2,34 | ммоль/л |
| АлАТ | 47 | МЕ/л |
| АсАТ | 42 | МЕ/л |
| Щелочная фосфатаза | 24 | ммоль/л |
| Альфа-амилаза | 58 | ммоль/л |
| Глюкоза | 5,49 | ммоль/л |
| Железо | 3,4 | ммоль/л |

**Данные инструментальных методов исследования**

**УЗИ органов брюшной полости и почек (8.11.2006)**

Желчный пузырь обычной формы, не увеличен(рзмерами 8,0\*3,0см), не напряжен, стенка его неравномерно утолщена (до 0,4 см), уплотнена, в просвете множественные конкременты диаметром до0,7 см. Гепатохоледох не расширен (диаметром 0,6 см). осмотрен на всем протяжении – без патологии.

Печень не увеличена с четкими ровными контурами, ткань ее зернистой структуры, диффузно повышенной эхогенности, на фоне которой очаговых изменений не выявлено.

Поджелудочная железа с ровными четкими контурами, не увеличена, обычной структуры и эхогенности.

Селезенка не увеличена, однородная, обычной эхогенности. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Почки расположены симметрично в типичных местах с четкими ровными контурами, средних размеров подвижность их не изменена.

Почечные синусы не расширены, обычной структуры и эхогенности

Паренхима почек обычной толщины и структуры, ЧЛС почек не расширена. Конкрементов не выявлено.

Заключение: Эхографическая картина калькулезного холецистита. Диффузные изменения печени.

**Гасроскопия(9.11.2006)**

ЭГДС: анестезия 2% раствором лидокаина 2,0.

Пищевод свободно проходим, стенки его эластичны, слизистая нормального вида, кардия смыкается. В желудке натощак содержится умеренное количество слизи. Слизистая сглажена с белесоватыми участками. Складки среднего калибра, извиты, пластичны. Перистальтика прослеживается во всех отделах. В антральном отделе по большой кривизне эрозии до 0,2 см на возвышенном основании с чистым дном. Привратник смыкается, проходим.

Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, постбульбарный отдел без особенностей.

Заключение:Эрозивный антральный гастрит.

**Ирригоскопия(13.11.2006)**

Органических изменений не выявлено.

**Клинический диагноз:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

**Обоснование диагноза**

На основании жалоб – на боли в правом подреберье и эпигастрии, частый до 3х раз в день жидкий стул.

Истории настоящего заболевания – состояние неострое, в октябре 2006 года была направлена на дообследование и лечение в ГКБ № 70

Лабораторных данных – общий анализ крови: СОЭ – 27 мм/ч, б/х анализ крови: билирубин общий – 1,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 4,0 мкмоль/л, АлАТ – 47МЕ/л, АсАТ– 42МЕ/л.

Инструментальных исследований – УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь обычной формы, не увеличен(рзмерами 8,0\*3,0см), не напряжен, стенка его неравномерно утолщена (до 0,4 см), уплотнена, в просвете множественные конкременты диаметром до0,7 см. Гепатохоледох не расширен (диаметром 0,6 см). осмотрен на всем протяжении – без патологии.

Печень не увеличена с четкими ровными контурами, ткань ее зернистой структуры, диффузно повышенной эхогенности, на фоне которой очаговых изменений не выявлено. Заключение: Эхографическая картина калькулезного холецистита. Диффузные изменения печени.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Острый холецистит | Острый аппендицит | Язвенная болезнь желудка | Почечная колика |
| Жалобы: боли | В правом подреберье, сильные, приступообразнае в начале, затем постоянные, иррадиирующие в правую лопатку, надплечье | В эпигастральной области, умеренной интенсивности затем перемещающиеся в правую подвздошную область, тянущие постоянные | В эпигастральной области, различной интенсивности, связанные с приемом пищи, купируются приемом антацидов | В поясничной области чрезвычайной интенсивности, с иррадицией в пах, уменьшающиеся при приеме спазмолитиков |
| Другие жалобы | Тошнота, рвота, не приносящая облегчения | Тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка | Диспепсии | Возможна дизурия |
| Анамнез | ЖКБ | Нет | Язвенная болезнь | МКБ |
| Начало заболевания | Обычно подострое | Острое | Чаще хроническое | Острое |
| Объективное исследование | Болезненность и напряжение мышц в правом подреберье , с. Ортнера, с. Мюсси, с. Мерфи, с. Менделя положительные, умеренная интоксикация | Болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, с. Раздражения брюшины, с. Воскресенского, Раздольского, Образцова положительные, выраженная интоксикация | Минимальные изменения может быть болезненность при пальпации в эпигастральной области, явления интоксикации отсутствуют, | Пальпация живота как правило безболезненна, с. Поколачивания положительный, явления интоксикации отсутствуют |
| Дополнительные исследования | УЗИ, изменения воспалительного характера в общем анализе крови | Изменения воспалительного характера в общем анализе крови | Чаще без особенностей | Эритроцитурия |

**Лечение**

1. Оперативное лечение: лапароскопическая холецистэктомия

Желчный пузырь выделяют чаще то шейки с раздельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. При выраженных рубцовых и воспалительных процессах в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, когда трудно дифференцировать ее элементы, прибегают к удалению желчного пузыря «от дна». Во всех случаях необходимо субсерозное удаление жечного пузыря с последующей перитонизацией остатками его брюшинного покрова ложа желчного пузыря. Данная мера необходима для профилактики кровотечения и желчеистечения из добавочных желчных ходов области ложа желчного пузыря. Во время операции необходимо провести тщательную ревизию внепеченоных желчных протоков в связи возможностью наличия холедохолитиаза, стриктуры большого сосочка двенадцатиперстной кишки и т. д., несмотря на предоперационное исследование.

**Обоснование лечения**

В связи с тем, что на данный момент не существует лекарственных препаратов, способных вызвать растворение конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках, единственно возможным способом лечения больной является хирургическое лечение. Показанием к хирургическому лечению калькулезного холецистита является реальная возможность развития осложнений, в том числе рака желчного пузыря ( в 5% случаев). Что касается экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии, то данный метод имеет ряд преимуществ , заключающихся в неоперативном разрушении желчных конкрементов и возможности повторного выполнения данной процедуры, но недостатками является то, что не все конкременты поддаются дроблению, в 10-25% случаев приходится выполнять эндоскопическую папиллотомию для удаления их из желчных протоков, куда фрагменты конкрементов попадают из желчного пузыря. Помимо этого, повышенная литогенность желчи и измененная стенка желчного пузыря создают условия для повторного образования конкрементов. Таким образом, данной больной показана лапароскопическая холецистэктомия.

**Литература**

1. Учебник « Хирургические болезни», Кузин М. И., 1995
2. Учебно-методическое пособие по оперативной хирургии, Сегиенко В.И., Петросян Э.А., 2001
3. Фегглин Ю. « Хирургическое обследвание», М., 1991
4. Козлов И. З., С.З. Горшков, В.С. Волков « Повреждения живота», М., 1998
5. Найхус Л. М., Вителло Дж. М., « Боль в животе. Руководство понеотлоной диагностики заболеваний органов брюшной полости». Переведен с английского, М., 2000.
6. Родионов В. В., Филимонов М. И., Могучев В м, « Калькулезный холецистит», М, 1991
7. Тальман И. М. «Хирургия желчного пузыря и желчных протоков», Л., 1963
8. Малков И. С. Ким И.А. « эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости. Практическое руководство.», Казань, 1996
9. Линденбаум И.С. « Методика исследоывания хирургического больного», М., 1957
10. Савельев В. С. « Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1986
11. Майстренко Н.А., Нечай А. И. « Гепатобилиарная хирургия», С-Пб., 1999