Ι. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество

2. Возраст

3.Профессия: пенсионерка, инвалид II группы

4.Семейное положение: замужем

5.Адрес больного

6. Дата и час поступления в стационар

7. Диагноз направившего учреждения: Острый холецистит

8. Диагноз при поступлении: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит.

9. Клинический диагноз основного заболевания: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит.

10. Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия ФК III, ПИК (2009г). Артериальная гипертония III ст. 2 ст. ОВР. ХСН II А ФК III. СД 2 типа инсулинопотребный ср. ст. тяжести. Хронический обструктивный бронхит. ДН I- II ст.

11. Дата и название операции

12. Послеоперационные осложнения

13. Дата выписки

II АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ( ANAMNESIS MORBI)

Жалобы больного к началу курации: боли в верхней правой области живота после приема жирной пищи, тошноту, общую слабость, повышение температуры до 38 ˚ С.

Считает себя больной с 1.12.12 г., когда впервые появились боли колющего характера преимущественно в правой боковой области живота, правом подреберье. Принимала но-шпу- с временным эффектом. 4.12.12 г. появилась тошнота, боли усилились. Пациентка вызвала скорую помощь, в результате осмотра, врачом СМП был поставлен диагноз: острый холецистит.

Больная была госпитализирована в больницу им. Н.И. Пирогова.

III АНАМНЕЗ ЖИЗНИ ( ANAMNESIS VITAE)

Родилась в Башкирии в рабочей семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. В детстве болела простудными заболеваниями. Проживает по адресу: \*\*\*\*. Замужем, имеет пятерых детей. Материально- бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. В подростковом возрасте перенесла апендэктомию. В 1986 году было проведено переливание крови во время родов. Болеет сахарным диабетом. Несколько лет болеет хроническим обструктивным бронхитом. В 2009 году была произведена ампутация правой ноги. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по поводу СД (бабушка болела СД); по поводу холецистита по материнской линии. Вредные привычки отрицает. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Менопауза с 2009 года.

IV СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО В МОМЕНТ КУРАУЦИИ ( STATUS PRAEZENS)

ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Состояние больной средней степени тяжести, выражение лица осмысленное. Сознание ясное, положение в постели пассивное.

Рост 150 см., вес- 89 кг. Телосложение по гиперстеническому типу, пропорциональное. Температура тела 36,6 ˚ С. Кожный покров и видимые слизистые чистые, умеренной влажности, язык сухой. Кожа теплая, подкожно-жировая клетчатка развита хорошо. Пастозности и отеков нет. Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюсных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет.

Подчелюсные, подмышечные, паховые лимфатические узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры до 1 см. Остальные группы узлов не пальпируются.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Субъективные данные: Жалоб не предьявляет. В покое и при движении болей не отмечает. Подвижность и функции конечностей не нарушены.

Объективные данные:

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии, гипертрофии мышц нет.

Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет прпорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлости, отеков нет. Ампутирована правая нога.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Субъективные данные: жалобы на сухой кашель, на одышку при физической нагрузке.

Объективные данные:

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин.

Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек

Спереди справа: 3 см выше уровня ключицы.

Спереди слева: 3 см выше уровня ключицы.

Сзади справа: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Сзади слева: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа –6см, слева – 6см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | - |
| Среднеключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VIIребро | VII |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX |
| Лопаточная | X ребро | X |
| Околопозвоночная | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 4-6-4 см

слева 6-4 см

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Субъективные данные: жалобы на боли в сердце при физической нагрузке.

Объективные данные: пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 69 ударов/мин. Артериальное давление 130/95 мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

Перкуссия сердца:

Границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3 межреберье у левого края грудины |
| левая | на 3 см кнаружи от среднекл. линии в 5 межреберье |

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцент на аорте. Патологических шумов, раздвоения тонов не выслушивается.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Субъективные данные:

Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены.

Жалобы на боль в правой боковой области живота колющего характера с иррадиацией в поясничную область справа. Аппетит отсутствует. Отмечает тошноту, в основном по утрам. Беспокоит отрыжка кислым, изжога вне зависимости от приема пищи, вздутие живота. Частота стула - раз в 3-4 дня.

Объективные данные:

Слизистая оболочка полости рта светло - розовая, без высыпаний и трещин. Запах изо рта отсутствует. Язык сухой, обложен. Слизистая зева не гиперемирована, без налета. Миндалины не увеличены. Форма живота округлая.

Перистальтика не нарушена. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. При поверхностной пальпации в правом подреберье наблюдается напряженность и болезненность передней брюшной стенки с эпицентром боли в точке желчного пузыря, желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен, незначительно уплотнен. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено.

Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Курвуазье, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, болезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, болезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, восходящая ободочная болезненная.смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Перкуссия печени:

Верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой окологрудинной линии – ΙV межреберье, по правой по правой среднеключичной линии – V ребро, передней подмышечной линии – VI ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости печени: по правой передней подмышечной линии – XΙ ребро; по правой среднеключичной линии – на 1,5 см ниже края реберной дуги; по правой окологрудинной линии – на 3 см ниже края реберной дуги; по передней срединной линии на границе верхней и средней трети линии, соединяющей основание мечевидного отростка с пупком.

Левая граница абсолютной печеночной тупости - по левой окологрудинной линии; печеночная тупость выступает вниз за пределы реберной дуги на 1,5 см.

Размеры печеночной тупости: по правой передней подмышечной линии 14 см; по правой среднеключичной линии – 13 см; по левой окологрудинной линии – 10см.

Размеры печени по М.Г. Курлову:

* первый прямой размер (l. media clavicularis) – 12 см.
* второй прямой размер (l. mediana anterior) – 10 cм.
* косой размер – 9 см.

Селезенка не пальпируется.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Субъективные данные:

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено.

Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Отеков нет.

Объективные данные:

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь безболезненный.

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Менструальный период с 17 лет, регулярные, постоянные, 8 беременностей, 5 родов, 3 абортов. Наступление климакса в 55 лет.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМ

Признаки нарушения функции желез внутренней секреции отсутствуют.

Щитовидная железа однородная, подвижная, при пальпации безболезненна. Гиперпигментации нет.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Память, сон не нарушены. Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоняния нет.

Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая.

Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет.

Менингеальные симптомы отрицательные.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Зрение – дальнозоркость. Слух – снижен, выделения из наружного слухового прохода отсутствуют. Обоняние – нормальное. Вкус – понижен. Осязание – понижено.

V МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При осмотре кожа живота бледная, живот округлой формы, вздут, не симметрично участвует в акте дыхания за счет отставания правой половины. При поверхностной пальпации в правом подреберье наблюдается напряженность и болезненность передней брюшной стенки с наибольшей болезненностью в точке желчного пузыря. Желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен, незначительно уплотнен. При глубокой пальпации желчного пузыря наблюдается его резкая болезненность. Болезненность в точке проекции желчного пузыря — точка пересечения наружного края прямой мышцы живота справа с реберной дугой (при увеличении печени — с краем печени). Симптом Мерфи - положительный (врач равномерно надавливает в точке проекции желчного пузыря и просит пациента сделать глубокий вдох (надуть живот), в процессе которого появляется болезненность). Симптом Ортнера (Грекова) - положительный ( болезненность при поколачивании по краю правой реберной). Симптомы Кера, Мюсси – Георгиевского, Щеткина - Блюмберга отрицательные

VI ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб на боли в верхней правой области живота после приема жирной пищи, тошноту, общую слабость, повышение температуры до 38 ˚ С., на основании анамнестических данных: считает себя больной с 1.12.12 г., когда впервые появились боли колющего характера преимущественно в правой боковой области живота. Принимала но-шпу- с временным эффектом. 4.12.12 г. Появилась тошнота, боли усилились. Пациентка вызвала скорую помощь, в результате осмотра, врачом СМП был поставлен диагноз: острый холецистит. Больная была госпитализирована в больницу им. Н. И. Пирогова, на основании объективных данных при поверхностной пальпации в правом подреберье наблюдается напряженность и болезненность передней брюшной стенки с наибольшей болезненностью в точке желчного пузыря, желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен, незначительно уплотнен, при глубокой пальпации желчного пузыря наблюдается его резкая болезненность, положительные симптомы Ортнера, Мёрфи; на основании инструментальных методов исследования: УЗИ: Хронический калькулезный холецистит. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы; учитывая лаборатораторные данные: ОАК: Лейкоцитоз. Анемия. Тромбоцитопения; ОАМ: Протеинурия. Лейкоцитурия; БХ крови: Повышение уровня мочевины; поставлен предварительный диагноз – острый калькулезный холецистит.

ПЛАН ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ

I Лабораторные методы исследования

* Общий анализ крови и время свертывания.
* Общий анализ мочи +диастазу мочи
* Биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, остаточный азот, креатинин, мочевина, общий белок)
* Резус фактор и группу крови
* Кровь на RW, ВИЧ

II Инструментальные методы

1.УЗИ(печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, почки)

2.эзофагодуоденоскопия

3.флюрография грудной клетки

4. ЭКГ

III Консультация специалистов

терапевта

VII ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ

Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС 125 уд/мин. ЭОС отклонена резко влево. Полная блокада левой ножки пучка Гиса с преимущественным поражением передней ветви.

Группа крови: 0αβ(I) Rh «+»

УЗИ

Заключение: Хронический калькулезный холецистит. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

Общий анализ крови: 6.12.2012 г.

Лейкоциты 10,2 х10\*9/л

Эритроциты 3,7 х10\*12/л

гемоглобин 102 г/л

Ht 29,3 %

Тр 176 х10\*9/л

СОЭ 52 мм/ч.

Э-2%.

П/я-7%.

С/я-77%.

Л-10%.

М -4%.

Заключение: Лейкоцитоз. Анемия. Тромбоцитопения.

Общий анализ мочи:4.12.2012 г.

Цвет светло-жёлтый, прозрачность- мутная, , белок 0,066, , лейкоциты 8-12 в поле зрения, Эр 3-6 в п/з, эпителий 20-25 в поле зрения.

Заключение: Протеинурия. Лейкоцитурия.

Биохимический анализ крови: 4.12.2012 г.

Общий белок- 81г/л,

Мочевина – 46,8 ммоль/л,

Общий билирубин 12,0 мкмоль/л.

Заключение: Повышение уровня мочевины.

VIII. ДИФФЕРИНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый холецистит дифференцируют со следующими заболеваниями:

1). Острый аппендицит. При остром аппендиците боль не бывает столь интенсивна, и, главное, не иррадиирует в правое плечо, правую лопатку и пр. Также для острого аппендицита характерна миграция боли из эпигастрия в правую подвздошную область или по всему животу, при холецистите боль точно локализуется в правом подреберье; рвота при аппендиците однократная. Обычно при пальпации обнаруживается уплотнение консистенции желчного пузыря и локальное напряжение мышц брюшной стенки. Зачастую положительны симптомы Ортнера и Мерфи.

2). Острый панкреатит. Для этого заболевания характерен опоясывающий характер боли, резкая болезненность в эпигастрии. Отмечается положительный симптом Мейо-Робсона. Характерно тяжелое состояние больного, он принимает вынужденное положение. Решающее значение при диагностике имеет уровень диастазы в моче и сыворотке крови, доказательны цифры свыше 512 ед. (в моче).

При камнях в панкреатическом протоке боль обычно локализуется в левом подреберье.

3). Острая кишечная непроходимость. При острой кишечной непроходимости боли схваткообразные, нелокализованные. Не бывает повышения температуры. Усиленная перистальтика, звуковые феномены (“шум плеска”), рентгенологические признаки непроходимости (чаши Клойбера, аркады, симптом перистости) отсутствуют при остром холецистите.

4). Острая непроходимость артерий брыжейки. При этой патологии возникают жестокие боли постоянного характера, но обычно с отчетливыми усилениями, носят менее разлитой характер, чем при холецистите (более диффузный). Обязательно в анамнезе наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Живот хорошо доступен для пальпации, без выраженных симптомов раздражения брюшины. Решающим является рентгеноскопия и ангиография.

5). Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Чаще этим страдают мужчины, в то время как холециститом чаще страдают женщины. При холецистите характерна непереносимость жирных продуктов, часты тошнота и недомогание, чего не бывает при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки; боли локализуются в правом подреберье и иррадиируют в правую лопатку и т.п., при язве боль иррадиирует в основном в спину. Ускорено оседание эритроцитов (при язве - наоборот). Проясняют картину наличия язвенного анамнеза и дегтеобразного стула. Рентгенологически в брюшной полости обнаруживается свободный газ.

6). Почечная колика. Обращают внимание на урологический анамнез. Тщательно исследуют область почки, симптом Пастернацкого положительный, проводят анализ мочи, экскреторную урографию, хромоцистографию для уточнения диагноза, так как почечная колика нередко провоцирует желчную.

IX. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины ЖКБ:

1). Литогенность желчи ( первичный фактор)

2). Застой желчи ( вторичный фактор)

3). Воспаление ( вторичный фактор)

Этиология и патогенез острого холецистита

I Механическая причина – обтурация шейки желчного пузыря камнем, вследствие сокращения его при приеме пищи

↓

гипертензия в просвете пузыря

↓

сдавление внутриорганных сосудов, нарушение венозного и лимфатического оттока, отек стенки органа, тромбоз сосудов

↓

утрата слизистой оболочкой барьерной функции

↓

проникновение флоры в стенку пузыря

↓

деструкция стенки пузыря

II Сосудистая причина – нарушение кровообращения в стенке желчного пузыря

↓

некроз стенки пузыря

↓

утрата слизистой оболочкой барьерной функции

↓

проникновение флоры в стенку желчного пузыря

↓

деструкция стенки пузыря

III Ферментативная причина – попадание активных панкреатических ферментов в просвет жечного пузыря

↓

сокращение желчного пузыря

↓

вместе с током желчи камень продвигается в шейку пузыря

↓

обтурация шейки

↓

гипертензия в просвете пузыря

↓

сдавление внутриорганных сосудов, нарушение венозного и лимфатического оттока, отек стенки органа, тромбоз сосудов

↓

утрата слизистой оболочкой барьерной функции

↓

проникновение флоры в стенку пузыря

↓

деструкция стенки пузыря

Х. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Описание макропрепарата:

Желчный пузырь размерами 10\*4,0\*3,0 см сероголубой окраски, в просвете конкремент до 2,0 см.

Под микроскопом выявляются относительно негустые инфильтраты, состоящие из нейтрофильных лейкоцитов с примесью лимфоидных и макрофагальных клеток. Строма ЖП отечная. Изменения со стороны серозного покрова ограничены гиперемией, проявляющейся изменением окраски и расширением кровеносных сосудов.

XI ПЕРЕЧЕНЬ ОСЛОЖНЕНИЙ

1. Перфорация желчного пузыря

2. Местный и разлитой перитонит

3. Холедохолитиаз

4. Холангит

5. Механическая желтуха

6. Водянка желчного пузыря

7. Эмпиема желчного пузыря

8. Пакреатит

XII ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ РАЗВЕРНУТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

а) основное заболевание: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит.

б) осложнения основного заболевания

в) сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия ФК III, ПИК (2009г). Артериальная гипертония III ст. 2 ст. ОВР. ХСН II А ФК III. СД 2 типа инсулинопотребный ср. ст. тяжести. Хронический обструктивный бронхит. ДН I- II ст.

XIII ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение

Проведение консервативной терапии в полном объеме и в ранние сроки заболевания обычно позволяет купировать воспалительный процесс в желчном пузыре и устранить тем самым необходимость срочного оперативного вмешательства, а при большом сроке заболевания – подготовить больного к операции.

Консервативная терапия, основанная на патогенетических принципах, включает в себя комплекс лечебных мероприятий, которые направлены на улучшение оттока желчи в кишечник, нормализацию нарушенных процессов метаболизма и восстановление нормальной деятельности друг систем организма. В комплекс лечебных мероприятий необходимо включать: 1) голод в течение 2-3 дней; 2) применение «пузыря» со льдом на область правого подреберья; 3) промывание желудка при сохранении тошноты и рвоты; 4) назначение в инъекциях спазмолитиков (атропин, платифиллин, но-шпа, или папаверин) 3 раза в день. Назначение обезболивающих препаратов при остром холецистите считается недопустимым, так как снятие болей нередко сглаживает картину заболевания и приводит к просмотру момента прободения желчного пузыря. Важным компонентом лечебных мероприятий при остром холецистите является выполнение правосторонней паранефральной блокады 0,»5 % раствором новокаина в количестве 80 – 100 мл. Паранефральная новокаиновая блокада не только снимает болевые ощущения, но и улучшает отток инфицированной желчи из желчного пузыря и желчных протоков благодаря усилению сократительной способности пузыря и снятию спазма сфинктера Одди (сфинктер печеночно-поджелудочной ампулы). Восстановление дренажной функции желчного пузыря и опорожнение его от гнойной желчи способствуют быстрому стиханию воспалительного процесса. С учетом показаний назначают гликозиды, кокарбоксилазу, панангин, эуфиллин и гипотензивные средства.

К назначению антибиотиков при остром холецистите многие хирурги относятся отрицательно или по крайней мере рекомендуют применять их с большой осторожностью, аргументируя это следующим. Антибиотики не могут остановить и даже существенно ограничить деструктивный процесс в стенке желчного пузыря. Вместе с тем, снижая температуру и лейкоцитоз, антибактериальные препараты как бы «затушевывают» клиническую картину болезни, мешают объективной оценке ее симптомов, маскируют развитие осложнений, вследствие чего может быть упущен момент для своевременного оперативного вмешательства. Более того, принимая во внимание сущность патологического процесса, в основе которого лежит гнойная инфекция, применение антибиотиков следует считать действенным терапевтическим мероприятием. Крайне важен правильный подбор антибактериальных препаратов. При остром холецистите показано применение только тех антибиотиков, которые в достаточной концентрации накапливаются в пузырной желчи и к которым чувствительна вызвавшая острый холецистит микробная флора.

В задачи консервативной терапии больных острым холециститом с сахарным диабетом, помимо мер, направленных непосредственно на купирование основного заболевания, входит нормализация сахара в крови, свертывающей и противосвертывающей системы и повышение защитных сил организма. Только их разрешение позволяет достаточно эффективно воздействовать на патологический процесс в пузыре.

Хирургическое лечение

Обезболивание. В современных условиях основным видом обезболивания при операциях по поводу острого холецистита и его осложнений является эндотрахеальный наркоз с релаксантами. В условиях общей анестезии сокращаются сроки выполнения операции, облегчаются манипуляции на общем желчном протоке, обеспечивается профилактика интраоперационных осложнений. Местную анестезию можно применять только при наложении холецистостомы.

Хирургические доступы. Для доступа к желчному позырю и внепеченочным желчным протокам предложено множество разрезов передней брюшной стенки, но наибольшее распространение получили разрезы Кохера, Федорова, Черни и верхнесрединная лапаротомия. Оптимальными являются разрезы в правом подреберье по Кохеру и Федорову. Они обеспечивают хороший доступ к шейке желчного пузыря и магистральным желчным протокам, а также удобны для оперативного вмешательства на большом дуоденальном сосочке.

Объем оперативного вмешательства. При остром холецистите он определяется общим состоянием больного, тяжестью основного заболевания и наличием сопутствующих изменений во внепеченочных желчных протоках. В зависимости от этих обстоятельств характер операции может заключаться в холецистостомии или холецистэктомии, которая при наличии показаний дополняется холедохотомией и наружным дренированием желчных протоков или созданием билиодегистивного анастомоза.

Окончательное решение об объеме оперативного вмешательства принимается только после тщательной ревизии внепеченочных желчных протоков, которая проводится с помощью простых и доступных методов исследования (осмотр, пальпация, зондирование через культю пузырного протока или вскрытый общий желчный проток), включая интраоперационную холангиографию. Проведение интраоперационной холангиографии является обязательным элементом операции по поводу острого холецистита. Лишь по данным холангиографии можно достоверно судить о состоянии желчных протоков, их расположении, ширине, наличии или отсутствии камней и стриктур. На основании холангиографических данных аргументируют вмешательство на общем желчном протоке и выбора способа коррекции его поражения.

Холецистэктомия. Удаление желчного пузыря является основной операцией при остром холецистите, ведущей к полному выздоровлению больного. Применяют, как известно, два способа холецистэктомии – от шейки и от дна. Несомненные преимущества имеет способ удаления от шейки. При этом способе к выделению желчного пузыря из ложа печени приступают после пересечения и перевязки пузырного протока и пузырной артерии. Разобщение желчного пузыря с желчными протоками является мерой профилактики миграции камней из пузыря в протоки, в предварительная перевязка артерии обеспечивает бескровное удаление пузыря. К удалению желчного пузыря от дна прибегают при наличии в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Выделение желчного пузыря от дна позволяет ориентироваться в расположении пузырного протока и артерии и установить топографическое отношение к их элементам печеночно-двенадцатиперстной связки.

Обработку культи пузырного протока, длина которой не должна превышать 1 см, производят не тотчас после удаления пузыря, а после того, как проведены интраоперационная холангиография и зондирование желчных протоков, используя для этих целей культю протока. Перевязывать ее нужно дважды шелком, причем 1 раз с прошиванием.

Ложе желчного пузыря в печени ушивают кетгутом, предварительно добившись гемостаза в нем путем электрокоагуляции кровоточащих сосудов. Ложе пузыря нужно ушивать таким образом, чтобы хорошо адаптировались края всей раневой поверхности печени и не образовались при этом полости.

Холецистостомия. Несмотря на паллиативный характер этой операции, она и в настоящее время не утратила своего практического значения. Как малотравматичная операция, холецистостомия применяется у наиболее тяжелых и ослабленных больных, когда степень операционного риска особенно высока.

Операции на внепеченочных желчных протоках. Сочетание острого холецистита с поражениями внепеченочных желчных протоков требует расширения объема оперативного вмешательства, включая вскрытие общего желчного протока. В настоящее время показания к холедохотомии четко определены, и ими являются: 1) механическая желтуха при поступлении и в момент операции; 2) холангит; 3) расширение внепеченочных желчных протоков; 4) камни желчных протоков, определяемые пальпаторно и на холангиограммах; 5) стриктура терминальногол отдела общего желчного протока, подтвержденная результатами интароперационной холангиографии, зондирования большого дуоденального сосочка и манодебитометрии.

Вскрытие общего желчного протока производят в супрадуоденальном отделе его ближе к двенадцатиперстной кишке. Нерасширенный желчный проток лучше вскрывать поперечным разрезом, чтобы при последующем ушивании поперечного разреза не образовалось сужения протока. При расширенном желчном протоке производят как продольный, так и поперечный разрезы.

При наличии камней в желчных протоках необходимо их удалить и промыть протоки раствором новокаина, после чего тщательно произвести ревизию терминального отдела общего желчного протока, большого дуоденального сосочка, где чаще всего камни просматриваются. Для обнаружения камней в большом дуоденальном сосочке (ущемленных, флотирующих) следует мобилизировать двенадцатиперстную кишку по Кохеру и пальпировать сосочек на зонде. Для исключения стеноза большого дуоденального сосочка проверяют его проходимость зондом диаметром 3-4 мм. При отсутствии стеноза зонд свободно проходит в просвет кишки и легко пальпируется через ее стенку. Важным этапом операции является правильный выбор способа завершения холедохотомии.

Существуют различные пути окончания холедохотомии:

1) ушивание раны желчного протока наглухо;

2) наружное дренирование желчных протоков;

3) создание желчно-кишечного соустья путем формирования холедоходуоденоанастомоза или трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Ушивание раны общего желчного протока наглухо при остром холецистите многие считают недопустимым, во-первых, потому, что в условиях воспалительной инфильтрации и сопутствующей желчной гипертензии возможно прорезывание швов и просачивание желчи через швы протока; во-вторых, еще и потому, что при глухом шве общего желчного протока исключается возможность выявления в послеоперационном периоде оставленных камней в протоках и недиагностированного стеноза большого дуоденального сосочка, поскольку невозможно произвести контрольную фистулохолангиографию.

Наружное дренирование желчных протоков. Каждая холедохотомия, предпринятая при остром холецистите с диагностической или лечебной целью, должна заканчиваться наружным дренированием желчных протоков при условии их свободной проходимости.

Наружное дренирование желчных протоков может быть произведено следующими способами:

1). по Аббе – полиэтиленовым катетером, вводимым через культю пузырного протока;

2). по Керу - Т-образным латексным дренажем;

3). по А. В. Вишневскому – дренажем-сифоном. К выбору способа дренажа подходят с учетом патологии в протоках и характера хирургического вмешательства.

При таких осложнениях, как стриктура и ущемленных камень большого дуоденального сосочка, возможно внутреннее дренирование желчных протоков трансдуоденальной папиллосфинктеротомией или холедоходуоденоанастомозом. Однако, при наличии воспалительного процесса в брюшной полости существует угроза развития недостаточности швов анастомоза.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде необходимо продолжить интенсивную терапию, направленную н коррекцию нарушенных метаболических процессов и принять меры по профилактике послеоперационных осложнений.

Основу лечебных мероприятий послеоперационного периода составляет инфузионная терапия, включающая введение соленых и белковых растворов, 5 и 10 % растворов глюкозы, панангина, кокарбоксилазы, витаминов группы В и витамина С.

Для улучшения реологического состояния крови и микроциркуляции в жизненноважных органах (печень, почки) назначают введение реополиглюкина (400 мл) и компламина (300-600 мг), гемодеза. При тенденции к олигурии которая бывает связана с функциональной недостаточностью почек, необходимо своевременно стимулировать диуреза введением лазикса или маннитола. В целях улучшения функции печени вводят сирепар или эссенциале. Инфузионная терапия в объеме 2-2,5 л жидкости в сутки должна проводиться в течение 3-4 дней; по мере улучшения состояния больного и исчезновения интоксикации объем вводимой парентерально жидкости сокращают.

Проведение в пред- и послеоперационном периодах полноценной коррекции нарушенных систем гомеостаза и подавление антибиотиками воспалительного процесса в брюшной полости играют важную роль в благоприятных исходах операций при остром холецистите.

XIV ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначение |
| 8.12.12 | Общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на боли в правой области живота, в правом подреберье.Температура 36,8, пульс 82 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожный покров умеренно влажный, обычной окраски, склеры чистые.Живот округлой формы, вздут, не симметричен, правая п. При пальпации ловина отствоет в акте дыхания. Живот не напряжен, мягкий по всей поверхности. | Стол №1а. Режим 2.1)Rp.Sol. Ketaroli 1,0% - 2 mlD.S. По 2 мл в/м при болях.2)Rp: Sol. Glucosi 5%-500,0Insulini 6 EDD.S.Вводить в/в капельно 2 раза в день.3)общий анализ крови |
| 10.12.12 | Состояние больной стабильное. Сознание ясное. t=36.6 С. Жалобы на боли вправой боковой области живота. Язык сухой. Пульс 76 в минуту. АД 130/80. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Диурез и стул в норме. | Стол 1. Режим 2 .1)Rp:Tab.Amoxicillini 0,5D.S.По 1 таблетке 3 раза в день.2)Tab.Acidi acetylsalicylici 0,5D.S.По ¼ таблетки в обед.3)общий анализ крови |
| 11.12.12 | Состояние больной стабильное. Сознание ясное.t=36.6 С. Жалобы на боли в правой боковой области живота. Пульс 76 в минуту. АД 130/80. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Диурез и стул в норме. | Назначения выполняются |
| 12.12.12 | Состояние больной стабильное. Сознание ясное.t=36.6 С. Жалоб не предъявляет. Язык влажный. Пульс 78 в минуту. АД 130/80. Живот при пальпации мягкий, болезненный Симптомов раздражения брюшины нет. Диурез и стул в норме. | Назначения выполняются |
| 13.12.12 | Состояние больной стабильное. Сознание ясное. t=36.7 С. Жалоб нет. Язык влажный. Пульс 76 в минуту. АД 120/80. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Диурез и стул в норме. | Назначения выполянются |

XV ПРОГНОЗ. РЕКОМЕНДАЦИИ

При проведении адекватной терапии, соблюдении больным рекомендаций врача жизненный и профессиональный прогноз благоприятный.

Трудоспособность сохранена, однако не показаны виды работ, связанные с нерегулярным питанием, большими эмоциональными и физическими перегрузками. Рекомендуется соблюдать режим питания, труда и отдыха, избегать стрессов. Рекомендовано: эфокс 50 мг 1 таб/день, кардиомагнил 1 таблетка утром, лариста, гепарин 2,5 х 2 раза п/к, инсулин по сахару крови. Оперативное лечение по жизненным показаниям.

XVI ЭПИКРИЗ

Клинический диагноз: Острый калькулезный холецистит. Сопутствующие заболевания: ИБС. Стенокардия ФК III, ПИК (2009г). Артериальная гипертония III ст. 2 ст. ОВР. ХСН II А ФК III. СД 2 типа инсулинопотребный ср. ст. тяжести. Хронический обструктивный бронхит. ДН I- II ст.

Заболела 4.12 вечером, когда почувствовала ноющие боли в правом подреберье, после приема жирной пищи, тошноту, общую слабость.

После чего приняла но-шпу, боли не прекращались. Сразу же больная вызвала бригаду скорой помощи, которая доставила больную в МАУЗ ГКТ им. Пирогова. Сделаны лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, УЗИ. Анализ крови выявлен лейкоцитоз, тромбоцитопения, анемия. УЗИ-картина острого калькулезного холецистита. Была проведенена консервативная терапия. Рекомендовано: эфокс 50 мг 1 таб/день, кардиомагнил 1 таблетка утром, лариста, гепарин 2,5 х 2 раза п/к, инсулин по сахару крови. Оперативное лечение по жизненным показаниям.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. В.С. Савельев, Хирургические болезни: учебник в 2 томах, М., 2006.

2. М.И.Кузин, Хирургические болезни: учебник, М., 1995.

3. М.Т. Авченко, Н.И. Кондрашов, О.Б. Нузова, Н.Н. Лисицкий, Ю.Н. Солдатов, Дифференциальная диагностика важнейших хирургических заболеваний.

4. ОрГМА, Кафедра факультетской хирургии, схема академической истории болезни, 2005.Использованная литература.