ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия, имя, отчество больного

Возраст: 62 года

Семейное положение: женат

Образование: среднее специальное

Профессия, должность, место работы: пенсионер

Место жительства

Время поступления в клинику:

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Жалобы на резкую интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, тошноту, двукратную рвоту - не приносящую облегчения, сухость во рту, слабость, субфебрильную температуру.

История настоящего заболевания ANAMNESIS MORBI

Считает себя больным с 1990 года, когда впервые возник приступ острой боли в правом подреберье. Был поставлен диагноз - острый холецистит. До настоящего времени больного 4 раза госпитализировали в связи с обострением заболевания. В 2005 году по результатам УЗИ был поставлен диагноз желчнокаменной болезни. Лечили консервативно. Через несколько дней от начала приступа, под действием лечения, боли стихли.

Начало настоящего приступа острое. 20.11.2010 больной почувствовал резкую интенсивную боль в правом подреберье, с иррадиацией в поясничную область, появившуюся через несколько часов после приема жирной пищи. Рвота не приносила облегчения. Самостоятельно пытался купировать боль приемом но-шпы - без эффекта. Через 16 часов от начала приступа больной был госпитализирован по скорой медицинской помощи в ГКБ №68.

История жизни (Anamnesis vitae)

Краткие биографические данные: родился в 1947 году, в семье служащих, первый ребенок. Рос и развивался, не отставая от сверстников.

Образование: среднее специальное.

Семейно-половой анамнез: Женат с 1969 года, двое детей.

Трудовой анамнез: Начал работать в 20 лет наладчиком на заводе.

Условия труда: работа ежедневная, по 8 часов в день, с перерывом на обед, в помещении.

Профессиональные вредности: не отмечает.

Бытовой анамнез: Проживает в панельном доме в двухкомнатной квартире площадью 47 м², с женой. Имеет раздельный санузел, централизованное водоснабжение; в зонах экологических бедствий не пребывал.

Питание: регулярное, 3 раза в день, разнообразное, среднекаллорийное. Имеются пристрастия к соленой, жирной пище.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотические препараты не употребляет, токсикоманом не является.

Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия с 2002 года.

В детстве перенес ОРВИ, ОРЗ, ветрянку.

Перенесенные операции: тонзилэктомия 1971г., аппендэктомия 1976г.

Венерические болезни, желтуху отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Аллергический анамнез: не отягощен. Непереносимость к лекарственным препаратам и пищевую аллергию отрицает.

Страховой анамнез: за последний календарный год больничный лист по данному заболеванию не брал.

Наследственность: мать умерла в 82 года (страдала желчнокаменной болезнью). Отец умер в 47 лет от рака.

Настоящее состояние больного (Status praesens)

Общее состояние больного: удовлетворительное

## Состояние сознания: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: правильное

Конституция: гиперстеническая

Осанка: правильная

Походка: быстрая

Рост – 167 см

Вес – 95 кг

Температура тела: 36,7 С

Осмотр лица:

Выражение лица спокойное, патологическая маска отсутствует; форма носа правильная; носогубные складки симметричные.

Осмотр глаз и век:

Отечности, темной окраски, птоза не отмечено; экзофтальма, энофтальма не обнаружено.

Конъюктивы бледно-розовые; склеры белые; форма зрачков правильная, симметричная, реакция на свет сохранена; пульсации зрачков, колец вокруг зрачка не выявлено.

Осмотр головы и шеи:

Симптом Мюссе не выявлен; размер и форма головы правильные; искривления и деформации шеи в переднем отделе, связанной с увеличением щитовидной железы, лимфатических узлов не обнаружено; пульсация сонных артерий умеренная; пульсации и набухания яремных вен, воротника стокса не выявлены.

Кожные покровы:

Кожные покровы телесного цвета, влажность кожи умеренная, тургор и эластичность кожи сохранены, патологических элементов не выявлено.

Придатки кожи:

Оволосение по мужскому типу, соответствует полу и возрасту; волосы каштановые, не ломкие, не сухие, истончения и преждевременного выпадения не выявлено. Форма ногтей правильная, розового цвета, выявлена продольная исчерченность, поперечная исчерченность отсутствует; пульс Квинке не выявлен; симптом барабанных палочек и часовых стекол отсутствует.

Видимые слизистые:

Конъюктива бледно-розового цвета, умеренной влажности, сосудистый рисунок не выражен, патологических элементов не выявлено.

Слизистая носа бледно-розового цвета, умеренной влажности.

Слизистая полости рта бледно-розовая, влажная, сосудистый рисунок умеренно выраженный, патологических элементов не выявлено.

Подкожно-жировая клетчатка:

Чрезмерно развита, места наибольшего отложения жира - на животе. Толщина кожной складки на животе около пупка 4,5 см, на спине под углом лопатки 3,5 см. Отеков не выявлено.

Лимфатические узлы:

Затылочные, околоушные, подчелюстные, передние шейные, задние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Мышечная система:

Мышцы развиты удовлетворительно; мышечный тонус сохранен. Сила мышц сохранена, симметрична по всей конечности. Болезненности и уплотнений при пальпации не отмечено.

Костная система:

При осмотре кости правильной формы, болезненности при пальпации и поколачивании костей скелета отмечено не было. Симптом «барабанных палочек» не выявлен.

Суставы:

Суставы правильной формы, при пальпации безболезненны. Цвет кожи и местная температура кожи над суставами соответствует цвету кожи и температуре окружающих тканей; активные и пассивные движения в суставах выполняются в полном объеме, безболезненно.

Осмотр кистей рук и стоп:

Кисти правильной формы, бледно-розовые, отеков не выявлено, атрофия мышц не выявлена, синдром «барабанных палочек», узелков Бушара, Гебердена, тофусов, симптома «печеночных ладоней» не выявлено.

Стопы правильной формы, бледно-розового цвета, отеков не выявлено, тофусов не выявлено.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ОСМОТР

Форма грудной клетки:

Форма грудной клетки – гиперстеническая: над- и подключичные ямки слабо выражены, межрёберные промежутки сглажены, эпигастральный угол тупой, лопатки и ключицы умеренно выступают; Дыхательные экскурсии симметричны с обеих сторон.

Искривление позвоночника: отсутствует

Окружность грудной клетки на уровне IV ребра: 101см., на вдохе-104 см, на выдохе-100см.

Экскурсия грудной клетки: 4 см.

Дыхание: Дыхание свободное, через нос.

Тип дыхания – брюшной. Дыхательные движения симметричные, в акте дыхания участвует мускулатура живота. Число дыхательных движений в минуту – 19. Дыхание поверхностное, ритмичное.

ПАЛЬПАЦИЯ

Определение болезненности участков:

Болезненных участков при пальпации грудной клетки не обнаружено.

Определение резистентности:

Грудная клетка резистентная.

Определение голосового дрожания:

Голосовое дрожание не изменено над всей поверхностью легких, симметрично с обеих сторон.

ПЕРКУССИЯ

Сравнительная перкуссия: Над всей поверхностью лёгких при перкуссии определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | справа | слева |
| Высота стояния верхушек легкого: |
| спереди | На 4 см выше ключицы | На 4 см выше ключицы |
| сзади | На уровне остистого отростка VII позвонка | На уровне остистого отростка VII позвонка |
| Ширина полей Кренига |  6 см | 6 см |
| Нижняя граница легких: |
| по окологрудинной линии | 6 ребро  |
| по срединно-ключичной линии | 6 ребро | - |
| по передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| по средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| по задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| по лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| по околопозвоночной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| Дыхательная экскурсия нижнего края лёгких 5 см 5 см |
| по средней подмышечной линии | вдох | 3 см | 3 см |
| выдох | 2 см | 2 см |

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

Основные дыхательные шумы:

Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание, кроме межлопаточного пространства от VII шейного до IV грудного позвонков – в этом участке дыхание бронхиальное.

Побочные дыхательные шумы:

побочные дыхательные шумы не выявлены.

Бронхофония:

Бронхофония над симметричными участками грудной клетки не изменена над всей поверхностью лёгких.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Осмотр области сердца:

## Выпячивания области сердца, верхушечного толчка, сердечного толчка, пульсации во II межреберьях около грудины, пульсации артерий и вен шеи, патологической перикардиальной пульсации, эпигастральной пульсации, расширения вен в эпигастральной области не выявлено.

### ПАЛЬПАЦИЯ СЕРДЦА

Верхушечный толчок локализован на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии по V межреберью, площадь 1,5 см, сила, высота и резистентность умеренная. Сердечного толчка, дрожания в области сердца пальпаторно не определяется.

### ПЕРКУССИЯ СЕРДЦА

Границы относительной тупости сердца:

Правая: IV межреберье, на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая: V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя: по верхней границе III ребра по левому краю грудины.

Поперечник относительной тупости сердца 11 см.

Ширина сосудистого пучка 5 см

Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

###### Правая – по левому краю грудины

Левая –на 2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца

Верхняя – на уровне IV ребра.

### АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 80 в 1 минуту.

Аускультация сердца в 1-й точке:

Выслушивается мелодия двух тонов: 1 и 2 тон. 1 тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией сонной артерии. Соотношение тонов правильное: 1 тон громче 2, но не более чем в 2 раза. Раздвоения и расщепления 1 тона не выявлено.

Аускультация сердца во 2-й точке:

Выслушивается мелодия двух тонов: 1 и 2 тон. 1 тон следует после продолжительной паузы. Соотношение тонов правильное: 2 тон громче 1, но не более чем в 2 раза. Расщепления или раздвоения 2 тона не выявлено. Акцент 2 тона над аортой не выявлен.

Аускультация сердца во 3-й точке:

Выслушивается мелодия двух тонов: 1 и 2 тон. 1 тон следует после продолжительной паузы. Соотношение тонов правильное: 2 тон громче 1, но не более чем в 2 раза. Расщепления или раздвоения 2 тона не выявлено. Акцент 2 тона над легочной артерией не выявлен.

Аускультация сердца в 4-й точке:

Выслушивается мелодия двух тонов: 1 и 2 тон. 1 тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией сонной артерии. Соотношение тонов правильное: 1 тон громче 2, но не более чем в 2 раза. Раздвоения и расщепления 1 тона не выявлено.

Аускультация сердца в 5-й точке (точка Боткина-Эрба): Выслушивается мелодия 2 тонов:1 и 2 тон. 1 и 2 тон по громкости примерно равны друг другу.

Дополнительных тонов и шумов не выявлено.

Шум трения перикарда не выявлен.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

Исследование артерий: пульсации сонных артерий, капиллярного пульса Квинке при осмотре не выявлено. При пальпации сонных, височных, лучевых, плечевых, локтевых, бедренных, подколенных артерий и артерий тыла стопы- локальных расширений, сужений, извитости, уплотнений не выявлено; пульсация умеренная; артериальная стенка эластичная и гладкая.

При выслушивании сонных и бедренных артерий двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье не выявлены.

Артериальный пульс на лучевых артериях: синхронный на обеих лучевых артериях, ритмичный, напряженный (твёрдый), умеренного наполнения, большой величины, правильной формы, равномерный, частота 68 ударов в 1 минуту. Дефицита пульса не выявлено.

Артериальное давление (АД): систолическое 135 мм.рт.ст, диастолическое 80 мм.рт.ст.

Исследование вен. При осмотре набухание и пульсация шейных вен не выявлены, видимого рисунка вен грудной клетки и брюшной стенки не обнаружено, варикозного расширения вен нижних конечностей не обнаружено.

При пальпации набухание и пульсация шейных вен не выявлены. «Шум волчка» на яремных венах не выявлен. Уплотнения и болезненности вен не обнаружено.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

### Желудочно-кишечный тракт

### ОСМОТР

На момент осмотра жалобы на тяжесть в правом подреберье.

Полости рта:

Язык розовый, умеренно влажный, обложен серым налетом, сосочковый слой в норме. Трещин и язв нет. Дёсна, мягкое и твёрдое небо розового цвета;, геморрагий, изъязвлений не обнаружено.

Живота:

Живот симметричный, правильной формы, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника не отмечается. Венозные коллатерали и стрии отсутствуют. Пупок втянут. Грыжевых выпячиваний нет.

Окружность живота на уровне пупка – 113 см.

### ПЕРКУССИЯ

Над всей поверхностью живота слышится тимпанический перкуторный звук. Свободная или осумковатая жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом флюктуации отрицательный.

## ПАЛЬПАЦИЯ

Поверхностная ориентировочная пальпация: Живот мягкий, легкая болезненность в правом подреберье. Мышцы брюшной стенки не напряжены. Расхождения прямых мышц живота не отмечается. Поверхностно расположенных опухолевидных образований, воспалительного инфильтрата, пупочной грыжи и грыжи белой линии не выявлено. Симптом Щеткина – Блюмберга не выявлен.

## Методическая глубокая скользящая пальпация (по Образцову-Стражеско):

Сигмовидная кишка пальпируется как безболезненный цилиндр, диаметром 2 см, умеренно подвижный, не урчит.

Слепая кишка пальпируется как безболезненный цилиндр, диаметром 2 см, умеренно подвижный, урчит.

Восходящая ободочная кишка пальпируется как безболезненный цилиндр, диаметром 3 см., умеренно подвижный, не урчит.

Нисходящая ободочная кишка пальпируется как безболезненный цилиндр, диаметром 3 см., умеренно подвижный, не урчит.

Большая кривизна желудка пальпируется как мягкий безболезненный валик.

Пилорический отдел желудка не пальпируется.

### АУСКУЛЬТАЦИЯ

Выслушиваются кишечные шумы. В проекции брюшной части аорты и почечных артерий тоны и шумы не выслушиваются. Шум трения брюшины отсутствует.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Осмотр:

Выпячивания в области правого подреберья и подложечной области нет, ограничения дыхания в этой области нет.

### Перкуссия печени:

Верхняя граница абсолютной тупости:

по правой среднеключичной линии – 6 ребро.

по передней срединной линии – 6 ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости:

по правой срединно-ключичной линии – на 1 см ниже края реберной дуги.

по передней срединной линии – на границе между верхней и средней третью линии проведённой от мечевидного отростка до пупка.

по левой реберной дуге – на уровне 8 ребра.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии – 9 см.

по передней срединной линии – 7 см.

по левой реберной дуге – 6 см.

Пальпация:

Край печени ровный, болезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, симптом Мюсси (френикус-симптом) отрицательный.

Аускультация:

Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ

Осмотр:

Выпячивания в области левого подреберья нет. Ограничения дыхания в этой области нет.

Перкуссия:

Длинник – 7 см

Поперечник – 5 см

Пальпация:

##### Селезенка не пальпируется.

Аускультация:

Шум трения в области левого подреберья не обнаружен.

Исследование поджелудочной железы

Пальпация:

Поджелудочная железа не пальпируется.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Дизурические расстройства:

Затруднения мочеиспускания, наличия непроизвольного мочеиспускания, ложных позывов на мочеиспускание, рези, жжения, боли во время мочеиспускания, учащенного мочеиспускания, ночного мочеиспускания нет.

Осмотр:

Поясничная область:

Выпячивания в поясничной области нет. Половины поясничной области симметричны.

Перкуссия:

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пальпация:

Почки:

Почки не пальпируются.

Мочевой пузырь:

Мочевой пузырь не пальпируется.

НЕЙРО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Сознание ясное, легко вступает в контакт, настроение спокойное, речь без изменений. Чувствительность сохранена, зрение, слух, обоняние в норме. Двигательная сфера без изменений.

РЕКТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Тонус сфинктера сохранен, ампула пустая, стенки безболезненные, на высоте пальца органических патологий не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета.

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб, осмотра, анамнеза больному поставлен диагноз: острый калькулезный холецистит.

### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови: определить группу крови, резус фактор. серологические реакции: RW, ВИЧ, HbsAg
4. Биохимический анализ крови на:

- общий белок и его фракции

- билирубин и его фракции

- холестерин

- мочевину

- креатинин

- АСТ, АЛТ

- глюкозу крови

5) УЗИ органов брюшной полости

6) Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости

7) ЭКГ

8) ЭГДС

9) Внутривенная холангиография

10) Фиброхоледохоскопия

11) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

12) Гепатохолесцинтиграфия

### ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 138 г/л

Эритроциты – 5,28\*1012/л

Лейкоциты – 7,8 \*109/л

Тромбоциты - 248\*109/л

Общий анализ мочи:

Цвет – солом-желт

Прозрачность - прозр

Относительная плотность – 1010

Реакция - кислая

Лейкоциты – 1-0-2 в поле зрения

Эритроциты– 1-0-2 в поле зрения

Биохимический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результаты | Норма |
| Общий белок  | 72 г/л | 64 - 83 г/л |
| Мочевина  | 8,3 ммоль/л | 2,5 – 9,2 ммоль/л |
| Креатинин  | 100 мкмоль/л | 61 - 115 мкмоль/л |
| Глюкоза натощак | 3,6 ммоль/л | 3,58 - 6,05 ммоль/л |
| Холестерин | 5 ммоль/л | 3,9 – 5 ммоль/л |
| АЛТ  | 30 МЕ/л | <40 МЕ/л |
| АСТ | 23 МЕ/л | 5-34 МЕ/л |
| Билирубин общий | 20 мкмоль/л | 3,4-22,2 мкмоль/л |

УЗИ органов брюшной полости:

Желчный пузырь размером 10\*4 см, стенка 0,5 см, содержимое: конкремент 1,5 см.

Холедох 0.5 см

Поджелудочная железа с четкими, не ровными контурами, средних размеров, однородной структуры, повышенной эхогенности.

Печень не увеличена, однородной структуры.

Селезенка размерами 4\*4 см однородной структуры.

Почки расположены симметрично, с четкими, ровными контурами, средних размеров, почечные синусы не расширены, нормальной эхогенности, толщина паренхимы 1,8 см, структура однородная

Заключение: острый калькулезный холецистит

ЭКГ:

Электрическая ось сердца в полугоризонтальном положении. Ритм синусовый, правильный. Патологических изменений не выявлено.

Рентген органов брюшной полости:

Признаков кишечной непроходимости и нарушения целостности полого органа брюшной полости не выявлено.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Диагноз острый калькулезный холецистит поставлен на основании:

-жалоб больного на резкую интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, тошноту, двукратную рвоту - не приносящую облегчения, слабость, субфебрильную температуру.

-данных анамнеза. Пристрастие к жирной и соленой пище. Боль появилась после приёма жирной пищи. Не купировалась приемом Но-шпы.

В 1990 был поставлен диагноз острого холецистита, в 2005 году диагноз - острого калькулезного холецистита.

Мать больного страдала желчнокаменной болезнью.

-данных объективного осмотра: наличие болезненности в правом подреберье; влажный, обложенный серым налетом язык; положительный симптомы Ортнера, Мерфи.

-данных дополнительных инструментальных исследований. УЗИ: желчный пузырь размером 10\*4 см, стенка 0,5 см, содержимое: конкремент 1,5 см.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальную диагностику острого калькулезного холецистита необходимо провести с острым панкреатитом, язвенной болезнью, острым аппендицитом и приступом почечной колики.

1. С острым аппендицитом:

При аппендиците заболевают чаще всего молодые люди. При холецистите заболевают пожилые и чаще женщины. Приступ холецистита вызывается погрешностью в диете, употреблением жирной, обильной пищи. Аппендицит же начинается без видимой причины. Однако иррадиация болей при холецистите и аппендиците носит различный характер. При холецистите иррадиация в поясничную область. Болезненность в точке желчного пузыря позволяют исключить аппендицит.

Для острого аппендицита характерно: начинается с острой боли в эпигастральной области - кратковременно, спустя 2-4 часа боль перемещается в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича), сочетается с напряжением брюшной стенки. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона. Данных признаков у данного больного не выявлено.

2) С острым панкреатитом:

Между острым панкреатитом и холециститом имеется рад общих симптомов: внезапное начало заболевания, острые боли, многократная рвота, не приносящая облегчения. Но в отличие от острого панкреатита, где иррадиация болей под левую лопатку, подложечную область, в левое подреберье, при остром холецистите боли локализованы в правой подреберной области и не имеют опоясывающего характера. Температура тела субфебрильная. У данного больного - при УЗИ не обнаружены изменения в поджелудочной железе; положительны симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи; отрицательны специфические для острого панкреатита симптомы Керте, Воскресенского, Мейо-Робсона. Таким образом, диагноз острый панкреатит можно исключить.

3) с язвенной болезнью:

Боли в эпигастральной области, различной интенсивности, связанные с приемом пищи, купирующиеся приемом антацидов. Боли при холецистите не носят такой закономерности, как при язвенной болезни, а рвота и кровотечение - частые симптомы язвы. Боли и рвота, возникают на высоте болевого приступа, характерны для язвы. Заболевания желчного пузыря ведут к повышению температуры, а язвенная болезнь протекает с нормальной температурой. При язве проявляются диспепсические расстройства – запоры, поносы, а так же наличия язвенного анамнеза и хронического течения.

4) с почечной коликой

Камни правой почки дают приступы болей - почечную колику. Боли в пояснице, приступообразные, чрезвычайно интенсивные, уменьшаются применением спазмолитиков. Боли иррадиируют вниз в бедро, лобок, в яичко. При холецистите боли иррадиируют вверх: в плечо, лопатку, шею. Поведение больных при холецистите и почечной колике различно. Больные с почечной коликой обычно неспокойны, стараются переменить свое положение, что для холецистита не характерно. Большое значение имеет исследование мочи. При почечной колике мы часто находим кровь в моче. Возможна дизурия. В анамнезе мочекаменная болезнь.

Лечение

Обязательна неотложная госпитализация больного с подозрением на острый холецистит в хирургический стационар.

При остром калькулезном холецистите имеет смысл проведение консервативного лечения. При появлении осложнений показано хирургическое лечение.

Режим постельный, местно на область правого подреберья кладут пузырь со льдом.

Питание - ограничение питания (голод), разрешается только щелочное питье. При стихании процесса стол №5.

Купирование болевого синдрома:

1) Ненаркотическими анальгетиками:

Rp: Sol. Analgini 50% - 2 ml

Sol. Dimedroli 1% - 1ml

S. в/м

2) Если боли не стихают применяют наркотические анальгетики:

Rp: Sol. Morphini hydrochloridi 1% - 1 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 20 ml

M.D.S. Каждые 10-15 мин до получения положительного эффекта вводят по 4 -10 мл полученного раствора.

3) Спазмолитики:

Rp: Sol. Papaverini Hydrohloridi 2% - 2 ml

S. в/м, 3 раза в день

Купирование воспалительного процесса (антибактериальная терапия):

Rp: Sol. Ampicillini 0,5

S. в/м, 4 раза в день

Rp: Sol. Imipenemi

S. в/м, 500 мг каждые 12 ч. Применять вместе с циластатином.

Дезинтоксикационная терапия:

Rp: Sol. Glukozi 5%-200 ml

Sol. KCl-3%-30 ml

S. в/в

Rp: Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml

Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

S. в/в, капельно

После стихания острого приступа больного необходимо оперировать в плановом порядке через 2—3 недели. Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48—72 ч состояние больного не улучшается, сохраняются или усиливаются боли в животе, сохраняется или нарастает защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или повышается температура тела, растет лейкоцитоз, показано срочное хирургическое вмешательство.

Хирургическое лечение калькулезного холецистита

Раняя лапароскопическая холецистэктомия является основным методом лечения.

Операцию обычно выполняют сразу после уменьшения симптомов заболевания. При такой операции летальность и частота осложнений ниже, чем при плановой операции, проведенной через 6-8 нед консервативного лечения.

Экстренной холецистэктомии подлежат больные с острым холециститом, осложнённым перитонитом, гангренозным холециститом, перфорацией стенки жёлчного пузыря.

Чрезкожная холецистостомия в сочетании с антибактериальной терапией - метод выбора при лечении тяжёлых больных и пожилых больных с осложнениями острого холецистита.

Противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии являются:

\* Высокий риск плохой переносимости общей анестезии.

\* Ожирение, препятствующее нормальному функционированию организма.

\* Признаки перфорации желчного пузыря (абсцесс, перитонит, образование свищевого хода).

\* Гигантские камни желчного пузыря или подозрение на злокачественный процесс.

\* Тяжёлые поражения печени с портальной гипертензией и тяжёлой коагулопатией.

В этих случаях рекомендовано проведение полостной операции - холецистэктомии.

Она заключается в удалении желчного пузыря, для предотвращения рецидива желчекаменной болезни.

Стандартная операция производится через четыре очень небольших прокола, расположение которых на передней брюшной стенке.

Положительные аспекты холецистэктомии:

1. В связи с более равномерным поступлением желчи в кишку после операции, увеличением скорости энтерогепатической циркуляции желчных кислот уменьшается литогенность желчи;
2. Удаление желчного пузыря – места, где желчь может кристаллизоваться;
3. Происходит удаление функционально неполноценного органа, могущего стать источником серьезных осложнений;
4. Удаляется источник инфекции.

Преимуществом лапароскопической операции является неизмеримо меньшая операционная травма, по сравнению со стандартным широким разрезом. Это позволило не только раньше активизировать больных и сократить сроки пребывания их в стационаре. Гораздо важнее уменьшения числа общих осложнений, вызываемых объемной операцией (пневмония, тромбоэмболия, сердечная недостаточность), что в свою очередь позволяет улучшить результаты лечения пожилых и ослабленных больных.

Не малую роль играет и то, что после лапароскопической операции неизмеримо реже встречаются послеоперационные грыжи.

Желательно проведение холецистэктомии лапароскопическим методом, достоинствами этого метода являются:

1. Малая травматичность;
2. Диаметр камней более 2 см;
3. Снижение срока пребывания больного в стационаре;
4. Значительное снижение потребности в наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде;
5. Уменьшение летальности в группе пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа, длиной 4-5 см. Эта технология возникла параллельно с лапароскопией и заключается в выполнении операции модифицированными инструментами с помощью специально разработанной системы ранорасширителей. По объему наносимой операционной травмы холецистэктомия из минилапаротомного доступа немногим уступает лапароскопии, однако является более дешевой и позволяет выполнить более обширное вмешательство при сохранении косметического эффекта.

Дневник: (от 24.11.2010 Время: 11.30)

Жалобы на ноющую, малой интенсивности боль в правом подреберье, без иррадиации, слабость. Тошнота, рвота отсутствует. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, больной адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Склеры обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 80 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Язык умеренно влажный, с серым налетом. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно-болезненный в правом подреберье. Симптомы Щеткина-Блюмберга отрицательный, Ортнера, Мерфи – положительный. При перкуссии притуплений в отлогих местах живота нет. При аускультации выслушиваются кишечные шумы, активные. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Диурез адекватный. Моча соломенно-желтая, прозрачная. Физиологические отправления в норме.

Дневник: (от 25.11.2010 Время: 12.00)

Жалобы на незначительную боль в правом подреберье, без иррадиации. Тошнота, рвота отсутствует. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, больной адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Склеры обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 78 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/70 мм.рт.ст. Язык умеренно влажный, чистый. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно-болезненный в правом подреберье. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мерфи отрицательные. При перкуссии притуплений в отлогих местах живота нет. При аускультации выслушиваются кишечные шумы, активные. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Диурез адекватный. Моча соломенно-желтая, прозрачная. Физиологические отправления в норме.

Эпикриз

Больной, 62-х лет поступил в хирургическое отделение 21.11.2010 с жалобами на резкую интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, тошноту, двукратную рвоту - не приносящую облегчения, сухость во рту, слабость, субфебрильную температуру. Настоящее ухудшение произошло в течение 17 часов. Из анамнеза установлено, что указанные симптомы появились после приема жирной пищи. Самостоятельно пытался купировать болевой приступ Но-шпой, но безуспешно.

При осмотре на момент поступления – общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное, температура 37,8 С; дыхание ритмичное, частотой 20 в минуту, при аускультации – дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет; тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 130/85 мм.рт.ст., пульс ритмичный частотой 80 уд/мин; язык влажный, обложен серым налетом, живот не вздут, мягкий, болезненный в правой подреберной области, положительны симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи.

УЗИ органов брюшной полости и почек - хронический калькулезный холецистит.

На основании полученных данных был поставлен диагноз – острый калькулезный холецистит. Начата консервативная терапия, с выраженной положительной динамикой (уменьшился болевой синдром, спала температура, по данным УЗИ – уменьшение толщины стенки желчного пузыря).

При полном прекращении болей показана плановая радикальная операция – холецистэктомия.

Прогноз:

Для жизни – благоприятные, с сохранением работоспособности. Возможны рецидивы заболевания, при сохранении желчного пузыря.

Профилактика острого холецистита заключается в соблюдении рационального режима питания, занятиях физкультурой, профилактике нарушений жирового обмена, устранении очагов инфекции.

Список литературы

1. М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А. Чистова «Хирургические болезни» М.,1986 г.
2. А.А. Родионов «Учебно-методическое пособие по хирургическим болезням для студентов 4 курса» М.,1990 г.
3. О.Е. Бобров, С.И. Хмельницкий, Н.А. Мендель «Очерки хирургии острого холецистита» Кировоград, ПОЛИУМ, 2008 г.
4. Н.И. Громнацкий «Болезни органов пищеварения» ООО «Медицинское информационное агентство» 2010 г.