Общие сведения о больном

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_

Дата рождения (возраст): 73 года

Пол: женский

Образование: среднее

Профессия:

Место жительства:

Поступила:

Дата курации:

Диагноз клинический: Острый калькулезный холецистит. Механическая желтуха.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия 2 ф. Кл. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Артериальная гипертония 3 ст., риск 4. Приобретенный ревматическмй порок сердца. Митральный стеноз. Митральная недостаточность тяжелой степени. Аортальная недостаточность. Декомпенсация кровообращения по малому кругу кровообращения. Легочная гипертензия. Персистирующая форма мерцательной аритмии. Поверхностный гастрит. Дуоденогастральный рефлюкс.

Жалобы в день курации: больная предъявляет жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, распространяющееся в эпигастральную область, тошноту, сухость во рту, слабость, быструю утомляемость.

Anamnesis morbi

Пациентка считает себя больной с декабря 2010 года, когда впервые ее стали беспокоить интенсивные боли распирающего характера в верхней части живота, возникающие после приема жирной пищи и сопровождающиеся тошнотой, общим недомоганием, повышенной до субфебрильных цифр температурой. Находилась в стационаре с 22.12.2010 по 29.12.2010 г., где после УЗИ выявили конкременты в желчном пузыре. В операции было отказано по состоянию здоровья (персистирующая форма мерцательной аритмии. Приобретенный ревматическмй порок сердца. Митральный стеноз. Митральная недостаточность тяжелой степени. Аортальная недостаточность. Декомпенсация кровообращения по малому кругу кровообращения. Легочная гипертензия). После проведенной терапии была выписана с рекомендациями в соблюдении диеты с ограничением обильного потребления жирной пищи.

Последнее ухудшение состояния больной 16.09.2011, когда после погрешности в диете появились интенсивные боли в области правого подреберья, тошнота, рвота. Подобные приступы отмечались и ранее. Амбулаторно при УЗИ выявлены конкременты желчного пузыря. Самостоятельно больная лечилась спазмолитиками без положительного эффекта. 22.09.2011. отметила пожелтение кожи и склер, потемнение мочи. Обратилась за мед.помощью и была госпитализирована в 3 ГКБ им. Миротворцева С.Р. СГМУ в ЭХО, где и прибывает на данный момент. Таким образом, заболевание:

По началу- острое;

По течению- прогрессирующее;

По патогенезу- обострение хронического.

Anamnesis vitae

Родилась 06.03.1938 года в г. Саратове в рабочей семье. Материальные и бытовые условия, в которых развивалась удовлетворительные. По физическому и психическому развитию от сверстников не отставала. Гигиенические условия и материальное обеспечение в настоящее время удовлетворительные. Замужем, имеет взрослую дочь, внуков. Вредных привычек не имеет, употребление наркотиков отрицает. Перенесенные в детстве заболевания: ОРВИ, ангина. Перенесенные в течении жизни заболевания (туберкулез и контакт с ним; болезнь Боткина; сахарный диабет; венерические- гонорея, сифилис, СПИД,; малярия) у себя и у родственников отрицает. Операции: ампутация матки в 1986 году. За пределы области в течение последнего года не выезжала. Гемотрансфузий не было. Аллергические реакции: не отмечает.

Status preasens universalis

Общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, положение активное, телосложение гиперстенического типа, рост 164 см, вес 91 кг. Температура тела 36, 7° С.

Кожные покровы желтушной окраски,сухие, теплые на ощупь. Конъюктива век и склеры иктеричны. Тургор кожи снижен, волосяной покров выражен нормально, оволосение по женскому типу. Ногти на руках и ногах не изменены.

Подкожно- жировая клетчатка чрезмерно развита, распределена равномерно. При пальпации безболезненна. Отеки на ногах отсутствуют.

Лимфатические узлы- доступные пальпации, не увеличены, плотно- эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и с окружающей клетчаткой, кожа над ними не изменена.Мышцы развиты удовлетворительно. Болезненности при ощупывании не отмечается. Тонус мышц сохранен.

Кости черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформации, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменения околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Движения в полном объеме.

Щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы.

Жалоб не предъявляет.

Осмотр.

Дыхание через нос, свободное. Голос звучный. Грудная клетка конусовидная, симметричная. Обе половины грудной клетки одинаково принимают участие в акте дыхания. Дыхание нормальной глубины, грудной тип, ритмичное. ЧДД – 17 в минуту.

Пальпация

Без особенностей.

Перкуссия

Топографическая перкуссия:

Нижние границы лёгких.

Правое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 7 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 8 ребро;

l. scapularis – 9 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 10.

Левое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 6 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 9 ребро;

l. scapularis – 10 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 11.

Границы верхнего края лёгких:

Правое лёгкое:

Спереди на 3,5 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Левое лёгкое:

Спереди на 3 см выше ключицы; Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Сравнительная перкуссия.

Над симметричными участками лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук.

Аускультация

Дыхание везикулярное на всём протяжении лёгочных полей.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Жалобы.

Жалоб не предъявляет.

Осмотр

Пульсации у основания сердца, в области верхушечного толчка, надчревной области не наблюдается.

Пальпация

Верхушечный толчок определяется по 5-му межреберью 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Нормальной высоты, умеренной силы, нерезистентный. Пульс симметричный, частотой 75 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины

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

Левая - в 5-м межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Сосудистый пучок выходит за пределы грудины в 2-м межреберье на 1.5 см. Поперечник сосудистого пучка – 8 см.

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, звучность тонов приглушена. ЧСС- 60 уд. в мин.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы.

Жалобы на потемнение цвета мочи.

Осмотр

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки пропальпировать не удалось. Симптом поколачивания в области поясницы – слабоположительный справа, слева - отрицательный. Болезненность при пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Перкуторно мочевой пузырь не выступает над лобковым сочленением. Дизурических явлений нет.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИCСЛЕДОВАНИЕ

Жалоб нет.

Сознание ясное, настроение спокойное. Реакция зрачков на свет живая D=S.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы (на момент курации)

Жалобы на интенсивную, распирающую боль в правом подреберье, эпигастральной области, тошноту; общую слабость. Ахоличный стул. Темный цвет мочи.

Осмотр полости рта.

При осмотре полости рта губы сухие, без трещин, изъязвлений и высыпаний. Слизистая полости рта желтушной окраски, чистая, влажная. Язык без белого налета, влажный. Глотание свободное, безболезненное.

При осмотре живот округлый, мягкий, болезнен в правом подреберье и эпигастральной области, не участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики, выпячиваний и западений, расширения вен стенки живота нет, кожа иктерична.

Осмотр живота.

Живот округлой формы, вздут в эпигастральной и параумбиликальной области, ассиметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены; патологической перистальтики нет; мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания; ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют. Расширения вен стенки живота отсутствуют.

Перкуссия.

При перкуссии живота определяется тимпанит различной степени выраженности. Скопления жидкости в брюшной полости не отмечается. Шум плеска отсутствует. Симптом Ортнера положительный.

Ориентировочная поверхностная пальпация живот.

Живот мягкий. Определяется болезненность в правом подреберье, в эпигастральной области. Симптом Кера положительный. 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 пальпации живота по методу Образцову- Стражеско:

Методом перкуссии, методом стетоаускультической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка.

Малая кривизна и привратник не пальпируются; шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не оперделяется.

Аускультация.

При аускультации живота выслушиваются ослабленные перистальтические шумы. Шумы плеска и трения брюшины отсутствуют.

Стул ахоличен.

Границы печени по Курлову:

верхняя (по правой среднеключичной линии) - VI ребро;

нижняя по правой среднеключичной линии - на 2 см ниже края реберной дуги;

нижняя по передней срединной линии - на 1 см ниже границы верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка;

нижняя по левой реберной дуге - на 1,5 см левее левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11 см;

по передней срединной линии - 10 см;

по левой реберной дуге - 8 см.

План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови

УЗИ органов брюшной полости

Фиброгастродуоденоскопия

ЭКГ

Рентгенография органов грудной клетки

Эндоскопия + эндоскопическая ретроградная холангиография

Данные лабораторных и дополнительных методов исследования

Биохимический анализ крови

28.09.2011

Общий белок 51,0 г/л

Альбумин 39,0 г/л

Креатинин 76,2 ммоль/л

Глюкоза 7,3 ммоль/л

Мочевина 6,9 ммоль/л

Общий билирубин 275,8 ммоль/л

Прямой билирубин 117,8 ммоль/л

АЛТ 100,9 ед/л

AST 147,2 ед/л

Альфа- амилаза 34,0 ед/л

Общий анализ мочи.

28.09.2011

Цвет грязно- желтый

Реакция кислая

Удельный вес 1009

Прозрачность мутная

Белок 0,09 г/л

Сахар отр

Ацетон отр

Лейкоциты 8- 10 в п. зр

Эритроциты 4- 6 в п. зр. неизмен.

Цилиндры отр

Слизь немного

Бактерии нет

Соли отр

Общий анализ крови.

28.09.2011

WBC 13,0\*10 3

RBC 3,86\*10 6

HGB 13,3 г/дл

HCT 33,2 %

NEUT 91,9 %

LYM 5,3 %

MCV 86,0 1 mm 3

MCH 30,3 1 pg

MCHC 35,2 г/дл

PL T 203\*10 3 1 mm 3

СОЭ 13 мм/ч

УЗИ органов брюшной полости.(23.10.2011)

Печень не увеличена, контуры ровные, паренхима гомогенная, отмечается расширение внутрипеченочных протоков долей печени. Желчный пузырь неправильной формы, размеры 70\*30 мм. Стенка 5 мм удвоена, уплотнена. Множественные конкременты диаметром от 0,5 до 1,1 см. Холедох расширен до 11- 13 мм в просвете определяются конкременты до 1,0 см.

Поджелудочная железа.: размеры: головка 27 мм, тело 11 мм, хвост 23 мм; контуры диффузно- неоднородные, эхогенность повышена, контуры не четкие, Вирсунгов проток не визуализируется.

Селезенка: размеры 9,0Ч4,3 см, структура гомогенная, не изменена.

Заключение: признаки острого калькулезного холецистита, хронического панкреатита; механической желтухи, холедохолитиаза.

Фиброгастродуоденоскопия:

Пищевод: Свободно проходим, слизистая бледно- розовая, варикозно расширенных вен нет, полипов, дивертикул нет

Желудок: перистальтика нормальная, желудочное содержимое нормальное, складки нормальные, слизистая атрофичена, эрозий и язв нет, полипов нет, дуоденогастрального рефлюкса нет, привратник нормальный.

Луковица 12- перстной кишки: деформаций нет, просвет нормальный, содержимое обычное, слизистая атрофична, эрозий и язв нет.

Заключение: Хронический атрофический гастрит, дуоденит.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 60 в 1 минуту, электрическая ось сердца расположена горизонтально. Гипертрофия левого предсердия, гипертрорфия левого и правого желудочков. Признаки ревматического поражения митрального и аортального клапанов.

Рентгенография органов грудной клетки: Заключение. Легочный рисунок не усилен, ткань легких гомогенна, синусы свободны от жидкости; сердечная тень не увеличена.

Эндоскопия + эндоскопическая ретроградная холангиография

Дуоденоскоп введен в 12- перстную кишку, в просвете желчь, слизистая и большой дуоденальный сосочек не изменены. Устье большого дуоденального сосочка = 0,2 см конталировано- катетер проведен в холедох. Контрастированы желчевыводящие пути, они расширены. Холедох в верхней и средней трети до 1,5- 1,8 см,в средней его трети камень 1,5 до 2,0 см. плотно прилежит к стенкам, с трудом обтекаем контрастом, инструмент выше камня провести невозможно. Дистальная часть холедоха до 0,8 см из- за чего литоэкстракция невозможна, а папилотомия не целесообразна

Сводка патологоанатомических симптомов

Острые. Продолжительные, интенсивные боли в правом подреберье и эпигастральной области, возникающие при погрешности в диете.

Тошнота.

Общая слабость.

Повышение давления 160/90 мм.рт.ст.

Желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, конъюктивы и склер.

Резкая болезненность в точке желчного пузыря (симптом Кера)

Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге (симптом Ортнера)

Лейкоцитоз.

На УЗИ острый калькулезный холецистит.

Дифференциальный диагноз

Данное заболевание можно дифференцировать с острым инфарктом миокарда в обоих случаях боль базируется в эпигастральной области, иррадиирует за грудину, сопровождается тошнотой, рвотой. В лабораторных анализах будет N сахар крови, диастаза мочи и билирубин не повышены. Однако при остром ИМ имеется связь боли с нагрузкой. Купируется препаратами NO. Не определяются пузырные симптомы. При УЗИ нет изменений печени и желчевыводящих путей. Характерные изменения на ЭКГ. В то время, как у данной больной имеется связь боли с употреблением жирной пищи,рвота желчью приносящая кратковременное облегчение.При поступлении отмечались положительные симптомы: Грекова-Ортнера, Кера. В анализе крови имеется лейкоцитоз, что свидетельствует о воспалительном процессе. Характерные изменения по данным УЗИ.

Данное Заболевание так же можно дифференцировать с острым панкреатитом. В обоих случаях боль резкая постоянная (порой нарастающая) в эпигастральной области. Характерна иррадиация боли кзади - в спину, позвоночник, поясницу. Вскоре появляются повторная обильная рвота, Связь заболевания с приёмом алкоголя, отсутствуют характерные изменения на ЭКГ.В анализе крови имеется лейкоцитоз. Однако для острого панкреатита характерно: Не определяются пузырные симптомы. Резкое повышение диастазы мочи, а билирубин не повышен, рвота не облегчающая болей.В то время как, у данной больной рвота желчью приносила кратковременное облегчение. При поступлении отмечались положительные симптомы: Грекова-Ортнера, Кера. Диастаза не повышена. Обнаружение конкрементов в желчном пузыре по данным УЗИ.

Наличие в клинической картине синдрома нарушения общего состояния, болевого синдрома (боль в парвом подреберье, иррадиирующая в эпигастральную область), тошноту, данные УЗИ – pancreas неоднородной структуры, повышенной эхогенности с участками пониженной эхогенности. По латеральному контуру гиперэхогенный серп толщиной 0,2 см, ткань железы отёчна. Позволяют думать об остром панкреатите, как об основном заболевании, но поскольку, отсутствует повышение уровня амилазы крови, болевой синдром выражен не резко, мы можем думать об остром панкреатите только как об осложнении основного заболевания. Но уовень амилазы в крови не повышен диагноз острого панкреатита может быть опровергнут.

На основании болевого (боль в правом подреберье и эпигастральной области, появление после приема жирной и острой пищи, распирающий, опоясывающий характер боли) и диспепсического (сопровождение боли тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, тяжесть в правом подреберье) синдромов можно предположить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки у курируемой пациентки. Однако, отличительными особенностями болевого синдрома при язве 12- перстной кишки являются: связь с приемом пищи, её качеством и количеством, сезонность, нарастающий характер, уменьшение после приема пищи, применения тепла, холинолитический средств. В то время как у данной больной приступы болей лишены суточного ритма, возникают после приема жирной пищи, сопровождаются тошнотой, горечью во рту, рвотой, не приносящей облегчения, уменьшаются после принятия спазмолитиков и анальгетиков. Определяется болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси- Георгиевского, что отсутствует у больных с язвой двенадцатиперстной кишки. Данные ФГДС также подтверждают отсутствие у пациентки язвы двенадцатиперстной кишки: просвет луковицы 12- перстной кишки нормальный, содержимое обычное, слизистая атрофична, язв и эрозий нет.

На основании жалоб больной на чувство тяжести и распирающие боли в правом подреберье, тошноту позволяют сделать диагностическое предположение о наличии хронического гепатита. Однако при хроническом гепатите, даже при его доброкачественном течении, при объективном обследовании выявляется небольшое увеличение печени, а при пальпации умеренно плотный, слегка болезненный край. У нашей больной край печени находится на уровне нижнего края реберной дуги, мягкий, закругленный, умеренно болезненный. При гепатите любой формы выявляется также небольшое увеличение селезенки, а при хроническом активном гепатите селезенка достигает значительных размеров. У данной больной селезенка не пальпируется. Ее размеры в норме. При сборе анамнеза для хронического гепатита характерно либо перенесенное инфекционное заболевание (бруцеллез, сифилис, болезнь Боткина), либо токсическое отравление (промышленными, бытовыми, лекарственными средствами). При сборе анамнеза больная контакт с вышеперечисленными инфекционными заболеваниями отрицала. Исходя из сущности заболевания (хронический гепатит), можно ожидать появления в клинической картине у больной периодов обострения, во время которых его беспокоят слабость, лихорадка, кожный зуд, желтушность кожных покровов. Но у курируемой пациентки боль появляется после приема жирной пищи. Также в клинической картине данной больной наблюдается наибольшая болезненность в точке Кера, а при хроническом гепатите наиболее болезненной точки не существует, болит вся область правого подреберья. Также желтушность кожных покровов не связана с хроническим гепатитом, так как при эндоскопической ретроградной холангиографии был обнаружен камень от 1,5 до 2,0 см. в средней трети холедох, который плотно прилежит к стенке. Также при биохимическом анализе крови было выявлено увеличение уровня общего билирубина (275,8 ммоль/л.) и фракции прямого билирубина (117,8 ммоль/л.). В следствии механической желтухи у больной ахоличный кал и моча темного цвета, что не характерно для клиники хронического гепатита. Всвязи с отсутствием характерной клинической картины, отсутствием в анаменезе контакта с инфекционными заболеваниями и отравлений токсическими веществами, а также периодов обострения предположение о наличии у курируемой пациентки хронического гепатита может быть опровергнуто.

Окончательный диагноз

Основной- Хронический калькулезный холецистит, фаза обострения.

Осложнения- нет.

Сопутствующие заболевания - ИБС, стенокардия 2 ф. Кл. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Артериальная гипертония 3 ст., риск 4. Приобретенный ревматическмй порок сердца. Митральный стеноз. Митральная недостаточность тяжелой степени. Аортальная недостаточность. Декомпенсация кровообращения по малому кругу кровообращения. Легочная гипертензия. Персистирующая форма мерцательной аритмии.

Острый калькулезный холецистит поставлен на основании:

жалоб больной: боли в правом подреберье, тошноту многократную рвоту желчью приносящую кратковременное облегчение.

На основании анамнеза болезни: прием жирной пищи.

Клинических данных: При пальпации живот мягкий умеренно-болезненный в правом подреберье. Положительные симптомы: Грекова- Ортнера, Кера.

Данных лабораторных исследований: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, изменение боихимических показателей (сохранение высокого уровня билирубина с преобладанием прямого)

Данных УЗИ: размеры желчного пузыря 70\*30 мм, неправильной формы, стенка до 5 мм. удвоена. Конкременты размером от 0,5 до 1,0 см.

Этиология и патогенез желчно каменной болезни

Существует два вида желчных камней: холестериновые и пигментные.

Считается, что образованию камней способствуют следующие факторы:

- женский пол;

- возраст 40 лет и выше;

- богатая жирами пища;

- обменные заболевания;

- наследственность;

- беременность;

- застой желчи;

- инфекция в полости желчного пузыря.

Холестериновые камни в желчном пузыре образуются за счет нарушения взаимоотношений основных липидов желчи, которыми являются холестерин, фосфолипиды и желчные кислоты. За счет холестерина образуются холестериновые камни, а за счет билирубина - пигментные.

Холестерин в состоянии выделится в желчь исключительно в виде мицелл образуемых фосфолипидами и желчными кислотами, поэтому его количество зависит от количества секретируемых желчных кислот, которые также увеличивают его всасывание в кишечнике, регулируя таким образом его уровень в желчи.

С холестерин практически нерастворим и образует кристаллы в виде моногидратов. Если количество желчных кислот и лецитина недостаточно для образования мицелл, то такая желчь считается пересыщенной. Такая желчь считается фактором, предрасполагающим к образованию камней, вследствие чего она получила название литогенной.°С, они самопроизвольно формируют сложные мицеллы, образованные снаружи желчными кислотами, расположенными так, что возникают цилиндроподобные структуры, с торцов которых к водной среде обращены гидрофильные группы лецитина (фосфолипида). Внутри мицеллы располагаются молекулы холестерина, которые со всех сторон изолированы от водной Среды. В водной же среде при температуре 37°Молекулы всех трех основных липидов являются амфифильными и, находясь в водной среде при температуре 37

Теоретически можно представить следующие причины возникновения перенасыщенности желчи холестерином:

1) избыточная его секреция в желчь;

2) уменьшенная секреция в желчь желчных кислот и фосфолипидов;

3) комбинация этих причин.

Недостаточность фосфолипидов практически не встречается. Синтез их всегда оказывается достаточным. Поэтому первые две причины и определяют частоту возникновению литогенной желчи. При этом большинство холестериновых камней имеют пигментный центр, хотя пигмент не является центром инициации, так как проникает в камень вторично через трещины и поры.

Пигментные камни могут образовываться при поражении печени, когда она выделяет ненормальные по строению пигменты, которые тут же в желчи выпадают в осадок, или под влиянием патологических процессов в желчных путях, превращающих нормальные пигменты в нерастворимые соединения. Чаще это происходит под влиянием микрофлоры. Жирные кислоты, попадающие в камень, являются продуктами расщепления лецитина под влиянием лецитиназ микроорганизмов.

При изучении процессов инициации было установлено, что для образования камней необходимо наличие воспалительного процесса в стенке желчного пузыря. Причем, он может быть обусловлен не только микроорганизмом, но и определенным составом пищи, аллергологическими и аутоиммунными процессами. При этом покровный эпителий перестраивается в бокаловидные клетки, которые вырабатывают большое количество слизи, уплощается цилиндрический эпителий, им теряются микроворсинки, нарушаются процессы всасывания. В нишах слизистой происходит всасывание воды и электролитов, а коллоидные растворы слизи превращаются в гель. Комочки геля при сокращении пузыря выскальзывают из ниш и слипаются, образуя зачатки желчных камней. Затем камни нарастают и пропитывают центр пигментом. В зависимости от степени и скорости пропитывания получаются холестериновые или пигментные камни.

Главными причинами развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря является наличие микрофлоры в полости пузыря и нарушение оттока желчи.

Основное значение придается инфекции. Патогенные микроорганизмы могут попадать в пузырь тремя путями: гематогенным, лимфогенным, энтерогенным. Чаще в желчном пузыре обнаруживают следующие организмы: E.coli, Staphilococcus, Streptococcus.

Второй причиной развития воспалительного процесса в желчном пузыре является нарушение оттока желчи и ее застой. При этом играют роль механические факторы - камни в желчном пузыре или его протоках, перегибы удлиненного и извитого пузырного протока, его сужение. На фоне желчекаменной болезни, по данным статистики, происходит до 85-90% случаев острого холецистита. Если в стенке пузыря развивается склероз или атрофия, то страдают сократительная и дренажные функции желчного пузыря, что приводит к более тяжелому течению холецистита с глубокими морфологическими нарушениями.

Безусловное значение в развитии холецистита играют сосудистые изменения в стенке пузыря. От степени нарушения кровообращения зависят темпы развития воспаления, а также морфологические нарушения в стенке.

У данной больной, возможно предположить, что ведущими факторами развития острого холецистита являются наличие камней в полости желчного пузыря, которые закупоривают просвет протока. Таким образом у больной имеются причины для развития желчекаменной болезни. женский пол; возраст выше 40 лет богатая жирами пища; малоподвижный образ жизни ведущий к увеличению уровня холестерина.

[Осложнения калькулезного холецистита](http://smed.ru/guides/43618/doctor/):

Эмпиема желчного пузыря (развивается в результате бактериальной инфекции).

Формирование пузырно-кишечного свища. Развивается в результате разъедания и прорыва конкремента через стенку желчного пузыря в соседние органы (чаще всего в двенадцатиперстную кишку), при этом может возникнуть желчно-каменная непроходимость кишечника.

Эмфизематозный холецистит (развивается лишь в 1% случаев в результате размножения газообразующих микроорганизмов, таких как: E coli, Clostridia perfringens и Klebsiella species).

Сепсис.

Панкреатит.

Перфорация желчного пузыря (развивается у до 15% пациентов).

[Тактика лечения острого холецистита](http://smed.ru/guides/43618/doctor/), осложненного механической желтухой

Лечебная тактика при калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой заключается в устранении желтухи до оперативного вмешательства, если характер заболевания не требует экстренной или срочной операции. Для устранения желтухи широкое применение получили эндоскопические операции – папилосфинкеротомия и лапароскопическая холецистостомия, а также чреспеченочное дренирование желчных протоков. Применение у этого контингента больных эндоскопических и транспеченочных вмешательств направлено на устранение желтухи и желчной гипертензии и причин их развития, для того чтобы произвести операцию в более благоприятных условиях для больного, с меньшим для него риском и в меньшем объеме. Благодаря современным диагностическим методам, позволяющим ускорить обследование больного и уточнение диагноза, сроки проведения операции можно сократить до 3-5 дней. За этот относительно короткий срок можно тщательно обследовать больного и оценить функциональное состояние различных систем организма, а также полноценно подготовить больного к операции.

При сочетании механической желтухи с острым холециститом следует придерживаться активной тактики, что определяется не только наличием холестаза и холемии, но и присоединением гнойной интоксикации. В этих случаях сроки операции зависят от тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре и выраженности перитонита. При хирургическом лечении острого холецистита одновременно производится вмешательство на внепеченочных желчных протоках, причем после оценки характера патологического процесса в них. У больных с высоким операционным риском по поводу острого холецистита выполняется лапароскопическая холецистостомия, а для разрешения желтухи – эндоскопическое транспапиллярное вмешательство, сочетающееся при явлении гнойного холангита с назобилираным дренированием. Эндоскопические операции на желчном пузыре и желчных протоках позволяют купировать воспалительный процесс и ликвидировать желтуху.

При подготовке больных к операции и ведении их в послеоперационном периоде прежде всего нужно иметь в виду нарушение белкового обмена с развитием гипопротеинемии и гипоальбуминемии. Для устранения этих последствий применяют белковые препараты, отдавая предпочтение при этом не расщепленным белкам (сухая плазма, протеин, альбумин), период полураспада которых в организме составляет 14-30 дней, а аминокислотам, которые используются организмом для синтеза органных белков. К таким препаратам относят гидролизат казеина, аминосол, альвезин, вамин и др. Дефицит альбумина необходимо начать восполнять за 3-4 дня до операции трансфузией 10-20% раствора его в количестве 100-150 мл в сутки и продолжить в течение 3-5 дней после нее.

Для обеспечения больного энергетическим материалом, а также для стимуляции регенеративных процессов в печени, повышения ее антитоксической функции и устойчивости гепатоцитов к гипоксии рекомендуют вводить концентрированные растворы глюкозы в объеме 500-1000 мл в сутки. Для повышения эффективности метаболизма внутривенно вводимой глюкозы необходимо добавлять инсулин, при этом доза его должна быть несколько выше стандартной, чтобы проявлялось его метаболическое действие.

Обязательными компонентами программы терапии при обтурационной желтухе являются препараты, улучшающие функциональное состояние гепатоцитов и стимулирующие процесс их регенерации. К таким относят эссенциале, легалон, карсил, сирепар и др. К назначению их нужно прибегать в ближайшем послеоперационном периоде и воздерживаться до ликвидации холестаза, чтобы не вызвать срыва адаптации гепатоцитов к возникшим изменениям в условиях желчной гипертензии и холемии. Многокомпонентная терапия при механической желтухе должна включать в себя витаминотерапию витаминами группы А, В (В1, В6, В12), С, Е.

Инфузионная терапия должна быть направлена на восстановление ОЦК, коррекцию КОС. Антибактериальная терапия должна быть направлена на профилактику гнойно-септических осложнений. Наиболее эффективным режимом антибактериальной терапии считается интраоперационное введение антибактериальных препаратов.

Проведение патогенетически обоснованной инфузионно-медикаментозной терапии у больных с калькулезным холециститом и механической желтухой позволяет обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода и предупредить развитие острой печеночной, почечной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Показания к операции

Наличие камней в желчном пузыре даже отсутствии клинических проявлений является показанием к оперативному лечению.

Учитывая возраст, наличие ожирения и сопутствующих заболеваний у пациентки выбран метод оперативного вмешательства – холецистэктомия, холедохолитотомия.

Предоперационная подготовка

ОАК

ОАМ

Рентгенография грудной клетки

ФГС

УЗИ

РХПГ

ЭКГ

Инфузионная терапия

Операция

Протокол операции

Время операции 12.15 окончание 14.30

Дата 28.09.2011 г.

Операция № 685

Название операции: холецистэктомия, холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости.

Ф.И.О.

Диагноз до операции: Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Диагноз после операции: Острый флегманозный калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Хирург:

Ассистенты:

Анестезиолог:

Анестезистка:

Обезболивание: ЭТН

Операционная м/с:

Описание операции

Под ЭТН произведен трансректальный разрез в правом подреберье. В подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс. Печень не увеличена. При ревизии весь желчный пузырь заполнен конкрементами, с утолщенной стенкой. Холедох расширен до 1,5 см, в просвете его пальпируется конкремент до 1, 5 см он фиксирован. Желчный пузырь вскрыт из него удалены все камни.холецистэктомия от дна с перевязкой пузырной артерии и наложением шва на ложе желчного пузыря. Пузырный проток не определяется, выявлен синдром Меризи. Дефект в печеночном протоке до 0,5 см, он ушит. Произведена холедохотомия над камнем, который удален по частям. Холедох промыт. Зонд свободно проходит в 12- перстную кишку. Установлен дренаж Кера. Холедохотомическое отверстие ушито до дренажа. Проверка крово- и желчеистечения- сухо. К Винслову отверстию подведен дренаж. Оба дренажа выведены через два отдельных прокола в правом подреберье. Послойный шов раны. Асептическая повязка.

Препарат: желчный пузырь 10Ч4Ч3 см, стенка утолщена до 5 мм, в просвете гной и масса конкрементов диаметром от 0,5 до 1,0 см. желчи в просвете нет.

Заболевания, связанные прямо и косвенно с самой операцией, а также заболеваниями, прогрессирующие в результате операции, входят в понятие постхолецистэктомического синдрома.

Патологические изменения в организме, наблюдаемые после операции, очень разнообразны и далеко не всегда отграничиваются только билиарным трактом. Больных после операции беспокоят различные по интенсивности боли в эпигастрии, ранние или поздние рецидивы печеночной колики, желтуха, диспепсические явления и т.д. Последствия холецистэктомии (выпадение основной функции желчного пузыря) наблюдается лишь у единичных больных. Часто причиной страдания в этих случаях являются заболевания органов гепатодуоденальнопанкреатической системы.

Большинство авторов включают в классификацию постхолецистэктомического синдрома все патологические изменения, возникающие в организме после удаления желчного пузыря.

Другие авторы предлагают использовать другое определение заболевания- истинный постхолецистэктомический синдром, включая в это понятие только рецидивы печеночной колики вследствие неполноценно произведенной холецистэктомии, т.е. группу тех осложнений, которые обусловлены ошибками, допущенными во время холецистэктомии. В эту группу входят резидуальные камни гепатикохоледоха, патологические изменения культя пузырного протока, стенозирующий папиллит, посттравматическая рубцовая стриктура общего желчного протока, оставленная часть желчного пузыря.

Ряд исследователей признают, что истинного постхолецистэктомического синдрома нет. Жалобы больных после операции связаны с наличием заболеваний, не распознанных до холецистэктомии. С недостаточным обследованием больного во время операции, недостаточной техникой хирурга, повторным камнеобразованием, которое может не иметь никакого отношения к оперативному вмешательству.

Стриктуры чаще всего развиваются вследствие повреждения желчных путей во время операции. Немаловажную роль в развитии стриктур играет деформация у места слияния пузырного протока и общего желчного протоков, поэтому перевязку пузырного протока рекомендуется проводить отступя 0,5 см. от холедоха. Возможно возникновение рубцовых стриктур и в результате наружного дренирования протоков. Основными клиническими признаками стриктуры общего желчного протока считают механическую желтуху и явления рецидивирующего холангита. Однако при частичной обтурации протока наблюдается синдром умеренно выраженного холестаза.

Камни желчных протоков являются наиболее частой причиной рецидива болей после холецистэктомии и повторных операций в связи с этим.

Принято различать истинные и ложные рецидивы камнеобразования. Под истинным рецидивом понимают вновь образованные камни после холецистэктомии, под ложным рецидивом – камни, не распознанные во время операции (резидуальные).

Длинная культя пузырного протока, желчного пузыря может быть причиной развития болевого синдрома после холецистэктомии. Причиной длинной культи чаще всего бывает неполное удаление пузырного протока в сочетании со стабильной желчной гипертензией.

Возможны расширение остальной культи, развитие на дне ее мелких неврином, инфицирование ее стенок с развитием воспалительного процесса.

В редких случаях причиной неудовлетворительного исхода оперативного лечения холелитиаза является киста холедоха чаще всего встречается аневризматическое расширение стенок холедоха между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Значительно реже киста исходит из боковой стенки протока в виде дивертикула.

Холангит является одним из грозных осложнений после холецистэктомии. Наиболее часто он развивается при стенозе терминального отдела холедоха, множественных камнях во внепеченочных желчных протоках. Причиной развития холангита, как правило, является нарушение эвакуации желчи, приводящее к желчной гипертензии, холестазу. Развитие холестаза способствует восходящее распространение инфекции. Инфекция является основным фактором, приводящим к холангиту при операциях на желчных путях. Острый септический холангит проявляется желтухой, ознобом, резким повышением температуры тела, проливным потом, жаждой. При осмотре отмечается выраженная болезненность в правом подреберье, усиливающаяся при поколачивании по реберной дуге (симптом Ортнера). Размеры печени увеличены не значительно и быстро становятся нормальными по мере улучшения состояния больного. Возможно увеличение селезенки, что указывает на паренхиматозное поражение печени или распространение инфекции. Желтуха сопровождается обесцвеченным калом и темной мочой.

При лабораторном исследовании отмечают гипребилирубинемию за счет прямой прямой фракции, увеличение активности ЩФ, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево. Хроническая форма холангита не имеет ярко выраженной клинической картины. Можно отметить слабость, постоянную потливость, периодически субфебрильную температуру, легкий озноб. Характерным для этого заболевания является увеличение СОЭ.

Изменения в области большого дуоденального сосочка как органического, так и функционального характера являются одним из этиологических факторов развития заболеваний гепатобилиарной системы, пожджелудочной железы. С поражением большого дуоденального сосочка связано появление рецидива болей, желтухи и холангита поле холецистэктомии.

Заболевания печени являются иногда причиной неудовлетворительного самочувствия больных после холецитсэктомии.

Дневник

6.10.11. Состояние стабильное, без отрицательной динамики. Пульс 72 уд/мин, АД 120/80, t тела 36,8° С. Гемодинамика стабильная. Дыхание везикулярное. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. По дренажу Кера 150 мл желчи. Диурез не нарушен.

Назначения:

Режим постельный.

Стол 2.

Sol. Glucosae10% - 300 ml

+ Sol. Kalii Chloridi 4% - 80 ml.

+ Sol/ Magnesii Sulfatis 25%- 10 ml.

Инсулин 3 ед. в/в капельно медленно

Sol. Natrii Chloridi 0?9% - 200 ml. + Sol. Riboxyni 10,0 в/в.

Omez 20 mgЧ2 раза.

Эринит 1 табЧ3 раза.

Тромбо АСС 1 табЧ1 раз.

Кардарон 100 mgЧ1 раз.

Эгилок 12,5 mgЧ2 раза.

Панангин 1 табЧ3 раза.

Преднизолон 30 mgЧ2 раза в/м.

7.10.11.

Состояние стабильное без отрицательной динамики. Больная более активна. Желтуха уменьшается. Пульс 68 уд/мин, АД 110/70, t тела 36,7° С. Гемодинамика стабильная. Дыхание везикулярное. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Шов чистый. Стула не было. Назначена очистительная клизма. Диурез в норме. По дренажу Кера 200 мл. желчи.

Назначения:

Режим постельный.

Стол 2.

Sol. Glucosae10% - 300 ml

+ Sol. Kalii Chloridi 4% - 80 ml.

+ Sol/ Magnesii Sulfatis 25%- 10 ml.

Инсулин 3 ед. в/в капельно медленно

Sol. Natrii Chloridi 0?9% - 200 ml. + Sol. Riboxyni 10,0 в/в.

Omez 20 mgЧ2 раза.

Эринит 1 табЧ3 раза.

Тромбо АСС 1 табЧ1 раз.

Кардарон 100 mgЧ1 раз.

Эгилок 12,5 mgЧ2 раза.

Панангин 1 табЧ3 раза.

Преднизолон 30 mgЧ2 раза в/м.

8.10.11. Состояние стабильное, без отрицательной динамики. Пульс 68 уд/мин, АД 110/70, t тела 36,5° С. Гемодинамика стабильная. Дыхание везикулярное. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, не вздут. Перистальтика выслушивается. По дренажу Кера 150 мл желчи. Диурез не нарушен.

Назначения:

Режим постельный.

Стол 2.

Sol. Glucosae10% - 300 ml

+ Sol. Kalii Chloridi 4% - 80 ml.

+ Sol/ Magnesii Sulfatis 25%- 10 ml.

Инсулин 3 ед. в/в капельно медленно

Sol. Natrii Chloridi 0?9% - 200 ml. + Sol. Riboxyni 10,0 в/в.

Omez 20 mgЧ2 раза.

Эринит 1 табЧ3 раза.

Тромбо АСС 1 табЧ1 раз.

Кардарон 100 mgЧ1 раз.

Эгилок 12,5 mgЧ2 раза.

Панангин 1 табЧ3 раза.

Преднизолон 30 mgЧ2 раза в/м.

Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_, 73 года экстренно госпитализирована в 3 ГКБ им. Миротворцева СГМУ. считает себя больной с декабря 2010 года, когда впервые ее стали беспокоить интенсивные боли распирающего характера в верхней части живота, возникающие после приема жирной пищи и сопровождающиеся тошнотой, общим недомоганием, повышенной до субфебрильных цифр температурой. Находилась в стационаре с 22.12.2010 по 29.12.2010 г., где после УЗИ выявили конкременты в желчном пузыре. В операции было отказано по состоянию здоровья. После проведенной терапии была выписана с рекомендациями в соблюдении диеты с ограничением обильного потребления жирной пищи.

Последнее ухудшение состояния больной 16.09.2011, когда после погрешности в диете появились интенсивные боли в области правого подреберья, тошнота, рвота. Подобные приступы отмечались и ранее. Амбулаторно при УЗИ выявлены конкременты желчного пузыря. Самостоятельно больная лечилась спазмолитиками без положительного эффекта. 22.09.2011. отметила пожелтение кожи и склер, потемнение мочи. Обратилась за мед.помощью и была госпитализирована в 3 ГКБ им. Миротворцева С. Р. СГМУ в ЭХО. При объективном обследовании выявлено: ожирение 2 степени, язык обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подреберной области, положительный симптом Ортнера. В стационаре в рамках обследования больной назначено: Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эндоскопия + эндоскопическая ретроградная холангиография.

На основании выше описанных анамнеза, данных объективного обследования, анамнеза жизни, данных УЗИ органов брюшной полости (в просвете желчного пузыря конкременты диаметром от 0,5 до 1,0 см) поставлен диагноз: ЖКБ. Острый калькулезный холецстит. Механическая желтуха.

Так как наличие камней в желчном пузыре даже при отсутствии клинический проявлений является показанием к оперативному лечению, было решено выполнить холецистэктомию.

Предоперационная подготовка включала: проведение дополнительных методов исследования, консультация терапевта, а также предоперационная медикаментозная подготовка.

Операция поведена: 28.09.11 г., без осложнений.

Послеоперационное лечение без особенностей, состояние стабильное, без отрицательной динамики, жалобы на боль в области операции.

Рекомендации при выписке

При благоприятном течении послеоперационного периода после холецистэктомии:

посещение хирурга поликлиники не реже 1 раза в неделю с оценкой общего состояния больного, оценкой состояния послеоперационной раны;

соблюдение диеты № 5;

снятие швов на 7–8-е сутки;

ограничение тяжёлых физических нагрузок в течение 6 месяцев;

симптоматическая терапия (при наличии сопутствующих заболеваний).

При осложнённом течении послеоперационного периода (после холецистэктомии):

посещение хирургом поликлиники не реже 1 раза в 3 дня (в поликлинике, на дому) с оценкой общего состояния больного, эффективности проводимой терапии; назначение необходимого лабораторного обследования, консультации специалистов, коррекция проводимой терапии;

медикаментозное и немедикаментозное лечение осложнений;

ограничение тяжёлых физических нагрузок в течение 6 месяцев;

симптоматическая терапия (при наличии сопутствующих заболеваний).

Прогноз

Прогноз для жизни и здоровья сомнительный. Качество жизни снижено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

«Хирургические Болезни» - учебник для студентов медицинских ВУЗов. Москва. «Медицина». 1997.

«Практикум по факультетской хирургии» - учебно-методическое пособие под редакцией проф. Родионова В.В. Москва 1994.

«Курс пропедевтики внутренних болезней в схемах и таблицах» В.В.Шедов. И.И.Шапошников. Москва 1995

Курс факультетской хирургии в таблицах и схемах. К.И. Мышкин, Л.А. Франкфурт, Саратовский медицинский институт, 1998 г.

Общая хирургия. В.И.Стручков - М.: Медицина, 2000 г.

КоролевБ.А.,Пиковский Д.Л.«Экстренная хирургия желчных путей», М., Медицина, 1996 год;

Савельев В. С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., 1990

Скрипниченко Д.Ф. «Неотложная хирургия брюшной полости», Киев, «Здоровья», 2001г.

http://clinic-s.ru/catalog/3/25/

http://ru.wikipedia.org/wiki/

http://www.medicinarf.ru/medcatalog/?cid=156

http://el.sgmu.ru/mod/resource/view.php?id=1582

http://el.sgmu.ru/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=7678