**ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова**

**Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета**

**История болезни**

ФИО: Арустамова Рэнита Григорьевна

Возраст: 72 года

Диагноз основного заболевания: Желчнокаменная болезнь. Болевая форма желчнокаменной болезни

Диагноз сопутствующих заболеваний: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз.

Куратор: Юрина Е.Ю. 453 гр.

Москва 2010

**Паспортная часть**

**Фамилия, имя, отчество:** Арустамова Рэнита Григорьевна

**Возраст:** 72 года

**Пол:** женский

**Место постоянного жительства:** Россия, Москва, ЦАО

**Место работы:** не работает (пенсионер)

**Дата поступления в клинику:** 08.02.2010 г.

**Дата курации:** 08.02.2010 г.

**Жалобы на момент курации.**

Тяжесть в правом подреберье, распространяющаяся в эпигастральную область. Колющая боль появляющаяся после приема жирной пищи, физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения. Приступ проходит самостоятельно через 30 – 60 минут. Ощущение горечи, сухости во рту в основном утром; слабость, быструю утомляемость.

Anamnesis morbi

Считает себя больной более 15 лет, когда впервые после погрешности в диете отметила появление тяжести в правом подреберье. Обследовалась амбулаторно, на УЗИ выявлены конкременты желчного пузыря. Консультирована хирургом ГКБ № 1 госпитализирована для оперативного лечения

Anamnesis vitae.

Родилась в г. Москва 13.06.1937 г.

Жилищные и санитарно – гигиенические условия: удовлетворительные

Профессиональные вредности: не отмечает

Вредные привычки: отрицает

Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекционные заболевания. Нефрэктомия слева. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Вирусные гепатиты, ВИЧ, сифилис, туберкулез отрицает.

Гинекологический анамнез: миома матки

Аллергологический анамнез: непереносимость аспирина и йода.

Наследственный анамнез: не отягощен.

Status presents

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, выражение лица без изменений, нормостенический тип телосложения, степень упитанности немного повышена.

Температура тела 36,7.Масса –85 кг.

Кожные покровы желтоватые, влажность снижена. Коньюктивы век розовые, склеры бледно желтые. Изменений кожи не выявлено. Имеется рубец после перенесенной нефроктомии. Волосистость на коже умеренная, ногтевые пластинки без изменений, эластичность кожи нормальная.

Лимфоузлы (подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные) не увеличены, мягкой консистенции, единичные, безболезненные.

Мышечная система развита умеренно, атрофий, гипертрофий не выявлено. Мышечный тонус нормальный, уплотнений нет.

Костная система без видимых изменений.

Суставы не изменены, безболезненны, флюктуации не выявлено, активные и пассивные движения выполняет в полном объеме, болезненности нет.

Щитовидная железа не визуализируется, при пальпации изменений не обнаружено.

Молочные железы обычной формы, симметричны, безболезненны.

**Органы дыхания.**

Жалоб нет.

Дыхание через нос свободное, одышки не наблюдается, обоняние не нарушено. Болезненности в области корня носа, лобных пазух, гайморовых полостей нет. Гортань нормальной конфигурации, безболезненна. Тип дыхания брюшной. Грудная клетка нормостеническая, обе половины участвуют в акте дыхания одинаково. Над- и подключичные ямки слабо выражены, ширина межреберных промежутков 2см, лопатки слегка отстоят от грудной клетки, эпигастральный угол тупой. Ритм дыхания правильный, 14 в минуту. Вспомогательные мышцы в акте дыхания участвуют незначительно. Перкуторно выявляется ясный легочный звук, одинаковый с обеих сторон. Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек слева и справа 3см над ключицей, ширина полей Кренига слева и справа 5см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Левое легкое | Правое легкое |
| Окологрудинная | - | 5 межреберье |
| Среднеключичная | - | 6 ребро |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Th XI | Th XI |

**Аускультация:** нормальноевезикулярное дыхание над всей поверхностью легких, хрипов нет, шума трения плевры нет. Голосовой шум одинаков с обеих сторон.

**Сердечно-сосудистая система.**

При осмотре сердечной области деформаций, усиленной пульсации, сердечного толчка не выявлено. При пальпации ощущается ограниченный верхушечный толчок в V межреберье, на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии.

Верхняя граница на уровне 3 ребра. Конфигурация сердца нормальная. Размер поперечника сердца 12 см. Размер сосудистого пучка во 2 межреберье 6 см. Перкуссия границ абсолютной тупости сердца: правая в 4 межреберье по левому краю грудины, левая в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости, верхняя - 4 ребро. Границы сердца смещены влево.

Аускультация: тоны сердца приглушены, шумов не отмечается, ЧСС 75 ударов в минуте.

Исследование сосудов. Пульс на лучевых артериях ритмичный, АД 140/90. При аускультации сосудов шумов не выявлено. Вены нижних конечностей без изменений, при пальпации уплотнений и болезненности не обнаружено.

**Органы пищеварения.**

Аппетит нормальный, жажды нет, пища свободно проходит по пищеводу. Акты дефекации регулярны, стул оформленный, цвет нормальный, без патологических примесей.

Запах изо рта нормальный, слизистые ротовой полости без дефектов, розового цвета. Язык нормальной формы, с желтым налетом, без дефектов, нормальной влажности. Миндалины не увеличены, розового цвета, без налета.

Живот правильной формы, умеренно участвует в акте дыхания, без грыжевых выпячиваний. Видимой перистальтики не выявлено, патологических пигментаций нет. Болезненности при пальпации нет.

При перкуссии выявлен притупленный звук, живот безболезненен.

При ориентировочной пальпации живота боли в правом подреберье и в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет.

Аускультация: усиленная кишечная перистальтика, патологических шумов не выявлено.

**Пальпация печени.**

Нижний край печени на уровне нижнего края реберной дуги мягкий, закругленный, болезненен; Желчный пузырь не пальпируется, выявляется болезненность в точке желчного пузыря. Симптомы Мерфи , Кера слабо положительны.

Поджелудочная железа, селезенка не пальпируются.

При обследовании прямой кишки изменений не выявлено.

**Мочевыделительная система.**

Жалоб не предъявляет. В левой поясничной области имеется рубец после нефрэктомии слева, безболезненный, подвижный, слабо спаянный с окружающими тканями. Почки в положении лежа не пальпируются. Дно мочевого пузыря не пальпируется, болезненности в мочеточниковых точках нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизуритических расстройств нет, частота мочеиспусканий 5-6 раз в сутки, безболезненное. Диурез около 1,5 литров в сутки.

**Нервно-психический статус.**

Сознание ясное, легко вступает в контакт, речь без изменений. Рефлексы сохранены.

План обследования

1. ОАК
2. ОАМ
3. серологические реакции (RW, Hbs, антитела к ВИЧ)
4. Флюорография грудной клетки
5. Группа крови, резус фактор
6. биохимическое исследование крови (глюкоза, мочевина, билирубин, амилаза, АСТ, АЛТ)
7. коагулограмма
8. УЗИ брюшной полости
9. ЭКГ

Лабораторные исследования.

08.02.2010 г.

Резус-фактор отрицательный, III гр. Крови

08.02.2010 г.

Билирубин общий 20,5 мкмоль/л

прямой 4,3 мкмоль/л

непрямой 16,2 мкмоль/л

АСТ 0,28 мкмоль/(ч.мл); АЛТ 0,32 мкмоль/(ч.мл)

Амилаза 26 мг/(ч.мл)

ОАМ 08.02.2010 г.

Количество 120 мл

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность неполная

Удельный вес 1006

Реакция кислая

Микроскопия осадка:

Лейкоциты 3-5 в поле зрения

Эпителий мочевых путей 1-2 в поле зрения

ОАК 08.02.2010 г.

Гемоглобин 124 г/л

Эритроциты 4,13 x 1012 /л

Лейкоциты 9,2 x 109 /л

Эозинофилы 2%

палочкоядерные нейтрофилы 16%

сегментоядерные нейтрофилы 67%

лимфоциты 6%

моноциты 9%

СОЭ 10 мм/час

УЗИ брюшной полости

Контуры печени ровные. Размеры правой доли нормальные. Размеры левой доли нормальные. Изменения отсутствуют. Желчный пузырь имеет длину 10 см., ширину 5 см.; форма его обычная; инфильтрация окружающих тканей отсутствует. Наличие камней в желчном пузыре от 3ммX5мм до 10ммX8мм. Общий печеночный проток имеет диаметр 4,5 мм. Диаметр пузырного протока 3мм. Контуры поджелудочной железы ровные, головка до 17 мм. Жидкость в сальниковой сумке отсутствует. Очаговых изменений нет.

**Фагогасродуоденоскопия**

Пищевод свободно проходим, его слизистая розового цвета. Слизистая оболочка тела желудка атрофическая, отмечается гиперемия в области антрального отдела. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Привратник зияющий

**Обоснование диагноза**

**Клинический диагноз:** Желчнокаменная болезнь.

Диагноз поставлен на основании жалоб натяжесть в правом подреберье, распространяющуюся в эпигастральную область. Колющую боль появляющуюся после приема жирной пищи, физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения.На основании инструментальных исследований: УЗИ – наличие камней в желчном пузыре.

**Дифференциальный диагноз.**

Проводится между язвенной болезнью 12-перстной кишки и острым панкреатитом.

Ведущим симптомом этих заболеваний является боль в верхней половине живота. При этом у пациентов с язвой боли возникают периодично, в связи с приемом пищи и исчезающая при рвоте. В то время как у курируемого пациента приступы болей лишены суточного ритма, возникают после приема жирной пищи или после нервного стресса и сопровождающегося многократной рвотой, не приносящей облегчения.

У курируемой больной определяется болезненность в точке желчного пузыря, слабо положительные симптомы Кера и Мерфи, что отсутствует у пациентов с язвой 12-перстной кишки. И, наконец, обнаружение при УЗИ камней в желчном и отсутствие изменений при гастроскопии позволяет в конечном итоге исключить язвенную болезнь 12-перстной кишки.

Боли в эпигастрии позволяют думать и об остром панкреатите, но поскольку отсутствует болезненность при пальпации в области проекции поджелудочной железы, не выявлены изменения при УЗИ, уровень амилазы крови не повышен диагноз острого панкреатита может быть отвергнут.

**Этиология и патогенез**

Субстратом возникновения желчнокаменной болезни являются конкременты желчного пузыря, которые cостоят из билирубина, холестерина, кальция. В патогенезе камнеобразования имеют значение три основных фактора – перенасыщение желчи холестерином, усиленная нуклеация и снижение сократительной способности желчного пузыря. Наличие желчного пузыря с нарушенной сократительной способностью является предрасполагающим фактором для застоя желчи и камнеобразования, поскольку небольшие кристаллы холестерина могут свободно поступать с током желчи в кишечник, до того как они трансформируются в конкременты. На фоне атонии и плохого опорожнения желчного пузыря в нем развиваются застойные явления и воспалительные процесс.

**План лечения**

Планируется выполнение лапароскопической холецистэктомии под ЭТН.

Местно на область желчного пузыря пузырь со льдом.

Голодание, щелочное питье.

Медикаметозно:

1. С целью купирования болевого синдрома: ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин).
2. С целью купирования спазма гладких мышц: спазмолитики (платифиллин, но-шпа).
3. С целью дезинтоксикации: инфузионная терапия 2 л/сутки (гемодез, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы).

09.02.2010.

Больная жалоб не предъявляет. Объективно: ЧДД=18 в мин, при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=PS=76 уд/мин, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, симптомы Кера и Мерфи слабо положительны, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,7°С.

Предоперационный эпикриз

Пациентка, Арустамова Рэнита Григорьевна поступила в ГКБ №1 имени Пирогова 08.02.2010г. с жалобами на боль в эпигастральной области и правом подреберье, продолжающуюся несколько суток, связанных с обильным приемом жирной пищи. Боль сопровождалась ознобами, тошнотой, многократной рвотой, не приносящей облегчения. При поступлении в клинику общее состояние пациентки удовлетворительное.

На основании данных проведенного обследования установлен диагноз: Желчнокаменная болезнь, болевая форма. Наличие камней в желчном пузыре, возможность развития осложнений, частые приступы болей являются показанием к операции. Противопоказаний к операции нет. Планируется выполнение холецистэктомии. Оперативное вмешательство будет проведено под эндотрахеальным наркозом.