РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

***Зав. кафедрой:***

профессор, д. м. н. Черкасов М. Ф.

*Преподаватель:*

к. м. н. Харагезов А. Д.

 ***Куратор:***

 студентка 4 курса ЛПФ

 14 группы Кириллова А. Н.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Бугрименко Николая Николаевича

Основной диагноз: Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

Начало курации 19.10.99

Окончание 1.11.99

Паспортные данные.

1. Ф. И. О. больного:
2. Пол:
3. Возраст:
4. Национальность:
5. Место жительства:
6. Профессия:

Клинический диагноз.

Основной: Желчекаменная болезнь. Хронический холецистит.

Осложнения основного: Холангит.

Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Исход болезни: улучшение состояния.

Жалобы.

На интенсивные распирающие боли в правом подреберье, распространяющиеся в эпигастральную область, появляющиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, купирующиеся после инъекции но-шпы и в положении лежа на левом боку; тошноту, проходящую после искусственно вызванной рвоты; ощущение горечи, сухости во рту; слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания.

Считает себя больным с 1993 года, когда впервые после физической нагрузки появились аналогичные боли в правом подреберье и после УЗИ был поставлен диагноз калькулезного холецистита. В дальнейшем наблюдалось рецидивирующее течение заболевания с обострениями 1 раз в 1-2 года, сменявшимися периодами полного отсутствия симптомов. В 1999 году отмечалось учащение обострений. Настоящее обострение началось 7 октября 1999 года, когда появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье, сопровождавшиеся подъемом температуры тела до 39°С с 10 по 13 октября 1999 года, в связи с чем больной был госпитализирован в клинику РГМУ.

Анамнез жизни.

Родился в срок. Вскармливался молоком матери. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Детских болезней не помнит. Аппендэктомия в 1966 году.

В зрелом возрасте – ОРВИ 1-2 раза в год. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся прободением в 1976 году, по поводу чего было произведено ушивание перфоративной язвы. Психические заболевания, вирусный гепатит, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез отрицает.

Наследственность не отягощена.

Условия труда и быта нормальные.

Гемотрансфузий не было.

Аллергических реакций нет.

Вредных привычек нет.

Контакты с инфекционными больными, пребывание в районах, эндемичным по инфекционным заболеваниям, кишечные инфекции в течение предыдущих 40 дней отрицает.

Данные объективного исследования.

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое, подкожная жировая клетчатка развита умеренно, рост 176 см, вес 95 кг. Наблюдается субиктеричность кожи и склер, тургор кожи сохранен, имеются послеоперационные рубцы по белой линии живота выше пупка (12 см, не спаянный с окружающими тканями, безболезненный, подвижный) и в правой подвздошной области (7 см, не спаянный с окружающими тканями, безболезненный, подвижный). Отеков не наблюдается. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающей клетчаткой, кожа над ними не изменена. Кости и суставы не деформированы. Мышцы хорошо развиты, тонус нормальный.

Дыхательная система.

Дыхание нормальное, одышки не наблюдается, ЧДД 8 в минуту, тип дыхания брюшной. Грудная клетка нормостеническая, обе половины участвуют в акте дыхания одинаково, эластичная, болезненности при пальпации не наблюдается. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках. Перкуторно ясный легочный звук. 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 |

Активная подвижность нижнего края легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Левое легкое | Правое легкое |
| Среднеключичная | - | 4 см |
| Средняя подмышечная | 6 см | 6 см |
| Лопаточная | 4 см | 4 см |

Аускультативно везикулярное дыхание над всей поверхностью легких.

Сердечно-сосудистая система.

При осмотре области сердца и сосудов патологических пульсаций не обнаружено. Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, нормальной высоты, силы, резистентности, площадью 1 см2. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет, ЧСС=PS=72 уд/мин. Перкуссия границ относительной тупости сердца: правая граница в 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая граница в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной 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 1,5 см кнутри от левой границы относительной тупости, верхняя - 4 ребро. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, патологических тонов и шумов нет. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Проба Штанге 50 секунд.

Органы пищеварения.

##### Слизистая оболочка ротовой полости обычной окраски, без дефектов и высыпаний, язык влажный, у корня обложен желтоватым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. Перкуторно тимпанит, притупления в отлогих местах нет.

##### Перкуссия печени:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Размер печеночной тупости |
| Окологрудинная | 5 межреберье | 2 см ниже реберной дуги | 9 см |
| Среднеключичная | 6 ребро | по краю реберной дуги | 10 см |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 10 ребро | 11 см |

Размеры печени по Курлову 10 см, 8 см, 10 см

Перкуссия селезенки:

Верхняя граница 9 ребро

Нижняя 11 ребро

Размеры селезенки: верхненижний 6 см

 переднезадний 8 см

При пальпации живот мягкий, наблюдается болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см; нисходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см; слепая кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см; восходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см; терминальный отрезок подвздошной кишки, большая кривизна желудка, пилорический отдел желудка не пальпируются; поперечно-ободочная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см; нижний край печени на уровне нижнего края реберной дуги, мягкий, закругленный, при пальпации наблюдается болезненность; селезенка, поджелудочная железа, желчный пузырь не пальпируются. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Симптом Мерфи положительный, симптомы Ортнера, Кера, Мюсси-Георгиевского – отрицательные.

При аускультации – перистальтические шумы.

Мочеполовые органы.

При осмотре поясничной области покраснений, выпячиваний не выявлено. При перкуссии почки и мочевой пузырь не определяются. Симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез адекватный.

Нервно-психический статус.

Сознание ясное, больной легко вступает в контакт, правильно отвечает на вопросы, лабильности эмоций не наблюдается. Дермографизм розовый, ограниченный, быстро появляется, быстро исчезает. Рефлекс зрачков на свет D=S. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. В позе Ромберга устойчив.

**Местный статус.**

##### Слизистая оболочка ротовой полости обычной окраски, без дефектов и высыпаний, язык влажный, у корня обложен желтоватым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. Перкуторно тимпанит, притупления в отлогих местах нет.

##### Перкуссия печени:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Размер печеночной тупости |
| Окологрудинная | 5 межреберье | 2 см ниже реберной дуги | 9 см |
| Среднеключичная | 6 ребро | по краю реберной дуги | 10 см |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 10 ребро | 11 см |

Размеры печени по Курлову 10 см, 8 см, 10 см

Перкуссия селезенки: верхняя граница 9 ребро

 нижняя 11 ребро

Размеры селезенки: верхненижний 6 см

 переднезадний 8 см

При пальпации живот мягкий, наблюдается болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см; нисходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см; слепая кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см; восходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см; терминальный отрезок подвздошной кишки, большая кривизна желудка, пилорический отдел желудка не пальпируются; поперечно-ободочная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см; нижний край печени на уровне нижнего края реберной дуги, мягкий, закругленный, при пальпации наблюдается болезненность; селезенка, поджелудочная железа, желчный пузырь не пальпируются. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Симптом Мерфи положительный, симптомы Ортнера, Кера, Мюсси-Георгиевского – отрицательные.

При аускультации – перистальтические шумы.

Предварительный диагноз и его обоснование.

На основании жалоб больного на интенсивные распирающие боли в правом подреберье, распространяющиеся в эпигастральную область, появляющиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки и купирующиеся после инъекции но-шпы и в положении лежа на левом боку; тошноту, проходящую после искусственно вызванной рвоты; ощущение горечи, сухости во рту; анамнеза заболевания: появление подобных болей около 6 лет назад после физической нагрузки, после чего диагноз калькулезного холецистита был установлен при УЗИ, рецидивирующее течение заболевания с обострениями 1 раз в 1-2 года, сменяющимися периодами полного отсутствия симптомов; учащение обострений в 1999 году, появление постоянных интенсивных болей в правом подреберье с 7.10.99, сопровождавшихся подъемом температуры тела до 39°С с 10.10.99 по 13.10.99, в связи с чем больной был госпитализирован в клинику РГМУ; данных объективного обследования: субиктеричность кожи и склер, болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, положительный симптом Мерфи можно предположить у больного хронический калькулезный холецистит в стадии обострения, осложнившийся холангитом, однако, учитывая наличие жалоб на тошноту, рвоту, приносящую облегчение, наличие в анамнезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, протекающей с сезонными обострениями весной и осенью, осложнившейся в 1976 году прободением, по поводу которого было произведено ушивание перфоративной язвы можно думать, что симптоматика обусловлена обострением язвенной болезни и рубцовыми изменениями в области большого дуоденального сосочка.

План обследования.

1. ОАК
2. ОАМ
3. RW
4. Флюорография грудной клетки
5. Группа крови, резус фактор
6. HbS
7. Свертываемость, ПТИ
8. Глюкоза, мочевина, билирубин, амилаза, АСТ, АЛТ
9. ЭФГДС
10. УЗИ брюшной полости
11. ЭКГ

План лечения.

Планируется выполнение лапароскопической холецистэктомии под ЭТН.

1. Ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин) при болях.
2. Спазмолитики (платифиллин, но-шпа).
3. Инфузионная терапия 2 л/сутки (гемодез, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы).
4. Азитромицин.
5. Местно на область желчного пузыря пузырь со льдом.
6. Ограничить прием пищи, щелочное питье.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

ЭФГДС

Эзофагит I степени. Хронический гастрит. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки I I- I I I степени. Имеется незначительная угроза кровотечения.

УЗИ брюшной полости. 12.10.99.

Диффузные изменения структуры печени. Гепатомегалия (правая доля до 19 см, левая доля до 9 см). Обострение хронического калькулезного холецистита. Холангит. Диффузные изменения структуры поджелудочной железы. МКБ почек. Гидрокаликоз левой почки.

ЭКГ.

Горизонтальная электрическая позиция сердца. Ритм синусовый. Изменение предсердного компонента по типу “p mitrale”. Признаки изменения миокарда, возможно, вследствие метаболических сдвигов.

15.10.99; 18.10.99

Резус-фактор положительный

12.10.99

Билирубин общий 22,2 мкмоль/л

 прямой 11,0 мкмоль/л

 непрямой 11,2 мкмоль/л

15.10.99

Билирубин общий 10,0 ммоль/л

 прямой –

 непрямой 10,0 ммоль/л

Амилаза 16 мг/(ч.мл)

18.10.99

Билирубин общий 5,0 ммоль/л

 прямой –

 непрямой 5,0 ммоль/л

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

Амилаза 26 мг/(ч.мл)

27.10.99

Билирубин общий 7,5 мкмоль/л

 прямой –

 непрямой 7,5 мкмоль/л

АСТ 0,16 мкмоль/(ч.мл); АЛТ 0,20 мкмоль/(ч.мл)

ОАМ 19.10.99

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

ОАМ 27.10.99

Количество 120 мл

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность неполная

Удельный вес 1015

Реакция кислая

Белок 0,025 г/л

Микроскопия осадка:

Цилиндры гиалиновые

Лейкоциты 2 в поле зрения

Эпителий мочевых путей 1-2 в поле зрения

ОАК 12.10.99

Гемоглобин 124 г/л

Эритроциты 4,13 x 1012 /л

Лейкоциты 10,9 x 109 /л

Эозинофилы 2%, палочкоядерные нейтрофилы 16%, сегментоядерные нейтрофилы 67%, лимфоциты 6%, моноциты 9%.

СОЭ 58 мм/час

ОАК 18.10.99

Гемоглобин 153 г/л

Эритроциты 5,0 x 1012 /л

ЦП 0,92

Лейкоциты 7,1 x 109 /л

Эозинофилы 2%, базофилы 1%, миелоциты 1%, юные - , палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 65%, лимфоциты 19%, моноциты 6%.

СОЭ 46 мм/час

ОАК 27.10.99

Гемоглобин 146 г/л

Эритроциты 4,8 x 1012 /л

ЦП 0,91

Лейкоциты 11,5 x 109 /л

Эозинофилы 1%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 76%, лимфоциты 15%, моноциты 5%.

СОЭ 31 мм/час

18.10.99

Свертываемость по Сухареву: начало 3´ 5´´, конец 4´ 20´´

ПТИ 90%

Дневник.

20.10.99

Больной предъявляет жалобы на постоянные боли в правом подреберье. Объективно: субиктеричность склер и кожных покровов, ЧДД=8 в мин, при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=76 уд/мин, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, симптом Мерфи положительный, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,7°С.

21.10.99

Жалобы прежние. Объективно: субиктеричность склер и кожных покровов, ЧДД=12 в мин, при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=70 уд/мин, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, симптом Мерфи положительный, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,8°С.

Дифференциальный диагноз.

Наличие у больного жалоб на боли в правом подреберье, распространяющиеся в эпигастральную область, купирующиеся после инъекции но-шпы; тошноту, проходящую после искусственно вызванной рвоты; болезненности при пальпации в эпигастрии и правом подреберье; данные анамнеза заболевания: наличие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, протекающей с сезонными обострениями весной и осенью, осложнившейся в 1976 году прободением, по поводу которого было произведено ушивание перфоративной язвы; данные ЭФГДС - эзофагит I степени, хронический гастрит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки I I- I I I степени, незначительная угроза кровотечения позволяют предположить, что симптоматика обусловлена обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и рубцовыми изменениями в области большого дуоденального сосочка, однако появление болей после приема жирной пищи и физической нагрузки, наличие ощущения чувства горечи, сухости во рту; данные анамнеза – наличие ЖКБ с 1993 года; наличие субиктеричности кожи и склер, положительного симптома Мерфи; повышение температуры тела до 39°С с 10.10.99 по 13.10.99; данные УЗИ - диффузные изменения структуры печени, гепатомегалия, обострение хронического калькулезного холецистита, холангит; повышение уровня билирубина в крови, в большей степени за счет прямого; наличие лейкоцитоза, резкого сдвига лейкоцитарной формулы влево, значительного увеличения СОЭ позволяют поставить диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит в стадии обострения, холангит.

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

Исключить рак головки поджелудочной железы позволяет быстрое развитие заболевания, связь субиктеричности с клинической картиной желчной колики, наличие в анамнезе ЖКБ, отсутствие синдрома малых признаков, относительно молодой возраст больного, отсутствие признаков очаговых изменений поджелудочной железы при УЗИ, отсутствие повышения уровня амилазы в крови.

Основной клинический диагноз, его обоснование, показания к операции.

На основании жалоб больного на интенсивные распирающие боли в правом подреберье, распространяющиеся в эпигастральную область, появляющиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки и купирующиеся после инъекции но-шпы и в положении лежа на левом боку; тошноту, проходящую после искусственно вызванной рвоты; ощущение горечи, сухости во рту; анамнеза заболевания: появление подобных болей около 6 лет назад после физической нагрузки, после чего диагноз калькулезного холецистита был установлен при УЗИ, рецидивирующее течение заболевания с обострениями 1 раз в 1-2 года, сменяющимися периодами полного отсутствия симптомов; учащение обострений в 1999 году, появление постоянных интенсивных болей в правом подреберье с 7.10.99, сопровождавшихся подъемом температуры тела до 39°С с 10.10.99 по 13.10.99, в связи с чем больной был госпитализирован в клинику РГМУ; данных объективного обследования: субиктеричность кожи и склер, болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, положительный симптом Мерфи; данных лабораторных и инструментальных исследований: данные УЗИ - диффузные изменения структуры печени, гепатомегалия, обострение хронического калькулезного холецистита, холангит; повышение уровня билирубина в крови, в большей степени за счет прямого; наличие лейкоцитоза, резкого сдвига лейкоцитарной формулы влево, значительного увеличения СОЭ можно поставить диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит в стадии обострения, холангит. Наличие калькулезного холецистита является показанием к хирургическому лечению (холецистэктомии).

Проведенное лечение.

26.10.99 выполнена лапароскопическая холецистэктомия,

дренирование брюшной полости под ЭНТ.

Протокол операции.

Под ЭНТ, в положении больного лежа на спине через микролапаротомный разрез в параумбиликальной области, в брюшную полость введен троакар и наложен карбоксиперитонеум до 14 мм рт. ст. В брюшную полость введен троакар и лапароскоп. При ревизии желчный пузырь 7 x 4 см, спаян плоскостными спайками с сальником. Электрокаутером желчный пузырь выделен из спаек. Холедох до 0,6 см. Пузырный проток до 0,3 см. Пузырный проток и одноименная артерия раздельно выделены, клипированы и пересечены. Холецистэктомия. Гемостаз. Брюшная полость промыта раствором фурациллина. Осушена. Подпеченочное пространство дренировано ПВХ трубкой. Операционные раны послойно ушиты. Асептические повязки. Макропрепарат: желчный пузырь7 x 4 см, стенки до 0,3 см, в просвете конкремент 1,5 см в диаметре. Выраженный спаечный процесс в области желчного пузыря.

Эпикриз.

Больной Бугрименко Николай Николаевич 14.10.99 поступил в клинику хирургических болезней РГМУ с жалобами на интенсивные распирающие боли в правом подреберье, распространяющиеся в эпигастральную область, появляющиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки и купирующиеся после инъекции но-шпы и в положении лежа на левом боку; тошноту, проходящую после искусственно вызванной рвоты; ощущение горечи, сухости во рту, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза заболевания: подобные боли появились около 6 лет назад после физической нагрузки, после чего диагноз калькулезного холецистита был установлен при УЗИ, заболевания носило рецидивирующий характер с обострениями 1 раз в 1-2 года, сменяющимися периодами полного отсутствия симптомов; наблюдалось учащение обострений в 1999 году, появление постоянных интенсивных болей в правом подреберье с 7.10.99, сопровождавшихся подъемом температуры тела до 39°С с 10.10.99 по 13.10.99, в связи с чем больной был госпитализирован. Объективно: субиктеричность кожи и склер, болезненность при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Данные лабораторных и инструментальных исследований: УЗИ - диффузные изменения структуры печени, гепатомегалия, обострение хронического калькулезного холецистита, холангит; ЭФГДС - эзофагит I степени, хронический гастрит, язва луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки I I- I I I степени, незначительная угроза кровотечения; наблюдалось повышение уровня билирубина в крови, в большей степени за счет прямого; лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ. Был поставлен диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит в стадии обострения, холангит. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости под ЭНТ. Послеоперационный период протекал без осложнений. На момент окончания курации наблюдалось улучшение состояния больного. Прогноз благоприятный. Рекомендовано: диета (регулярное питание, снижение калорийности пищи, ограничение употребления богатых холестерином продуктов).

Литературная справка.

Желчнокаменная болезнь (cholelithiasis; син.: калькулез, калькулезный холецистит) – заболевание, обусловленное образованием и наличием конкрементов в желчном пузыре и в желчных протоках.

Чаще болеют женщины после 30 лет.

Этиология и патогенез.

Предрасполагающие факторы:

* генетическая предрасположенность;
* нерациональное питание (нерегулярное питание, высокая калорийность пищи, употребление богатых холестерином продуктов);
* нарушение обмена веществ;
* малоподвижный образ жизни;
* инфекция;
* стаз желчи.

При снижении холатохолестеринового индекса желчь становится литогенной. Гемолиз приводит к повышению билирубина в желчи и увеличивает вероятность образования пигментных конкрементов. Образовавшиеся камни нарушают отток желчи и приводят к механическому повреждению слизистой оболочки, что замыкает порочный круг.

Клиническая картина.

Характерны ноющие боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие под правую лопатку, в правое надплечье, появляющиеся после физической нагрузки, приема жирной пищи, купирующиеся спазмолитиками. Тошнота, редко рвота, не приводящая к облегчению, метеоризм, горечь во рту. Объективно может определятся желтушность. Определяется болезненность при пальпации в правом подреберье, области желчного пузыря, в поджелудочно-желчнопузырной точке, в точке диафрагмального нерва, может пальпироваться желчный пузырь, наблюдаться положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского.

Диагноз.

Подтверждается при обзорной рентгенографии брюшной полости, холецистографии (пероральной, внутривенной, инфузионной) – противопоказана при билирубинемии > 20,0 мкмоль/л, РПХГ (если невозможно проведение контрастных исследований), при невозможности которой возможно выполнение чрескожной чреспеченочной холангиографии, УЗИ.

Лечение.

Хирургическое: холецистэктомия, дренирование холедоха. Показанием к оперативному вмешательству являются все калькулезные холециститы. При наличии в анамнезе желтухи обязательно проведение интраоперационной холангиографии. Дистанционная литотрипсия (при наличии холестериновых конкрементов диаметром менее 1,5 см). Медикаментозное (хенофальк) применимо только при наличии холестериновых конкрементов диаметром менее 1,5 см, дорогостоящее, длительное. Побочные эффекты: жировой гепатоз.