Министерство здравоохранения РФ

Алтайский государственный медицинский университет

# Кафедра госпитальной хирургии

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Лубянский В.Г.

Преподаватель: доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Куратор: студент 601 гр. Черепанов Е.Е.

# **Клиническая история болезни**

## Больная: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клинический диагноз:

ЖКБ, флегмонозный калькулезный холецистит

### **Барнаул 2008г**

**Паспортные данные**

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место жительства: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Группа крови: A (II), Rh +

Лекарственная непереносимость: не было

Гемотрансфузии: не было

Дата и время поступления в больницу: 14.01.08г, 0705

Дата выписки 23.01.08 г.

Время курации: с 18.01.08 г.

Клинический диагноз:

ЖКБ, флегмонозный калькулезный холецистит

15.01.08 г - Видеолапароскопическая холецистэктомия.

**Жалобы**

Жалобы больной на момент поступления:

На интенсивные схваткообразные боли ноющего, режущего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки; повышение температуры до 37,70С; Отрыжку горечью, изжогу.

Головную боль, преимущественно локализующуюся в затылочной области; слабость.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 2001 года, когда впервые появился приступ схваткообразных болей ноющего характера в правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки. Боли начались ночью, развивались постепенно, достигли максимума через 2–3 часа, сопровождались субфебрильной температурой (37,30С), купировались к утру после применения спазмолитиков (Но-шпы) и обезболивающих средств (баралгина). На следующий день обратилась в поликлинику где было произведено УЗИ, по результатом которого обнаружен конкременты в желчном пузыре, размером 0,5-0,6 см. Было предложено плановое стационарное лечение от которого больная отказалась.

Приступы имели место в среднем 1–2 раза в пол года, их появлению предшествовали погрешности в диете (употребление жирного, жаренного, острого). Между приступами больная чувствовала себя хорошо. За последние 3 месяца приступы участились, присоеденилась отрыжка горечью, изжога, за медицинской помощью не обращалась, во время приступов самостоятельно принимала но-шпу, баралгин. В перерывах между приступами больная принимала перед едой Фестал, отвары желчегонных трав, придерживалась диеты с исключением жареного, острого, пониженным содержанием жирного.

Настоящее ухудшение с 13.01.08 с 18 часов вечера, когда после погрешности в диете появились интенсивные постоянные схваткообразные боли ноющего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки, не купирующиеся спазмолитиками, через 2 часа отметила повышение температуры до 37,70С; была вызвана бригада скорой помощи и больная госпитализирована в 1 гор. Больницу, в 1 хирургическое отделение, с диагнозом ЖКБ, острый холицестит, для уточнения диагноза и решения вопроса об оперативном лечении.

**Anamnesis vitae**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.родилась 07.11.1928 года, росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала.

Окончила среднюю школу, затем училась в АЭКК, по специальности товаровед. В период обучения питалась нерегулярно. Последние 25 лет не работает, находится на пенсии по возрасту. Вышла замуж в 23 года. Жилищно-материальные условия удовлетворительные.

Профессиональных вредностей не отмечает. Из особенностей питания следует отметить пристрастие к жирной, острой, жаренной пище, тенденции к перееданию. Гинекологический анамнез: первая менструация в 14 лет, менструальный цикл установился быстро. Менструации регулярные, безболезненные, средней степени обильности. Беременностей 2, роды в 25 и 28 лет. С 55 лет менопауза.

Больная замужем, двое детей, дети здоровы.

Перенесенные заболевания, травмы, оперативные вмешательства:

Травм и оперативных вмешательств не было.

В детстве перенесла корь, инфекционный паротит, приблизительно раз в год болела простудными заболеваниями. Вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, др. венерические заболевания, СПИД отрицает.

Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

У больной выявлена наследственная предрасположенность к камнеобразованию, т.к. мать пробанда страдала желчнокаменной болезнью.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

**Status praesens communis**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение нормостеническое, походка не изменена; кожный покров бледно-розовый, сухой. Форма ногтевых пластинок без патологических изменений. Эластичность и тургор кожи соответствуют возрасту.

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно в области живота и бедер. Толщина подкожно-жировой клетчатки на реберной дуге 2,5см, на плече 1,5см. Отёков нет.

Лимфоузлы не видны; пальпируются подчелюстные лимфатические узлы (размером 5–7 мм, мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями), пальпация в их проекциях безболезненна. Мышечная система развита умеренно. Костно-суставная система без патологических изменений, кости и суставы обычной конфигурации, суставы безболезненны при пальпации, активные и пассивные движения в суставах безболезненны, в полном объеме.

**Органы дыхания**

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное.

Осмотр: форма грудной клетки цилиндрическая; обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Пальпация: резистентность грудной клетки в норме, болезненность межрёберных промежутков отсутствует на всём протяжении, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания; голосовое дрожание во всех областях в норме, одинаковое в симметричных областях.

Перкуссия:

а) сравнительная: перкуторный звук имеет одинаковую силу и характер в симметричных отделах, несколько ослаблен.

б) топографическая: определение нижних границ лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Границы легких | |
| Справа | Слева |
| l. parasternalis | V1ребро | --- |
| l. medioclavicularis | V1 ребро | --- |
| l. axillaris anterior | V11 ребро | V11 ребро |
| l. axillaris media | V111 ребро | V111 ребро |
| l. axillaris posterior | 1X ребро | 1X ребро |
| l. scapularis | 1X ребро | 1X ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток X грудного позвонка | |

Подвижность нижнего края лёгких по l. axillaris posterior (см):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | на вдохе | на выдохе | Суммарно |
| справа | 2 | 2 | 4 |
| Слева | 2 | 2 | 4 |

Аускультация: в дыхание везикулярное во всех отделах, бронхофония отсутствует.

**Органы сердечнососудистой системы**

Осмотр: верхушечный толчок виден в V-м межреберье по l. medioclavicularis sinistra; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V-м межреберье по l. medioclavicularis sinistra, не расширен, не высокий, не резистентный; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет; пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, симметричен на обеих лучевых артериях; АД 135/80 мм рт. ст.

Перкуссия: границы сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной сердечной тупости: | |
| Справа | 1 см от кнаружи правого края грудины |
| Слева | 1см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra |
| Сверху | Нижний край 111-го ребра |
| Границы абсолютной сердечной тупости: | |
| Справа | Правый край грудины |
| Сверху | Нижний край 1V-го ребра |

Сосудистый пучок не расширен.

Аускультация:

|  |  |
| --- | --- |
| I-я точка | 1-й тон громче 2-го |
| II-я точка | 2-й тон громче 1-го |
| III-я точка | 2-й тон громче 1-го |
| IV-я точка | 1-й тон громче 2-го |
| V-я точка | Шум на аорте не выслушивается |

Тоны сердца приглушены.

**Органы системы мочевыделения**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не обнаруживается. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Эндокринная система**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля отрицательны.

**Нервно-психическая сфера**

Жалоб нет. Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и в собственной личности. Контактна. Внимание не ослаблено. Поведение адекватное.

Нарушений со стороны болевой, температурной, тактильной чувчтвительности, двигательной сферы, изменения зрения, слуха, обоняния, зрачковых рефлексов, появления рефлексов Бабинского, Россолимо, Гордона, симптомов раздражения мозговых оболочек, скрытой тетании (симптомов Хвостека, Труссо) - не выявляется.

# **Status localis**

Осмотр живота: округлой формы, симметричен, участвует в дыхании.На коже передней брюшной стенке послеоперационные рубцы после видеолапароскопической холецистэктомии. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается.

Перкуссия живота: определяется тимпанит различной степени выраженности.

Пальпация живота:

а) поверхностная: живот мягкий, незначительно болезнен в правом подреберье, грыжевых выпячиваний не обнаруживается, диастаз прямых мышц отсутствует;

б) глубокая скользящая пальпация: сигмовидная кишка пальпируется на границе средней и наружной трети l. umbilicoiliаceae sinistra – цилиндрической формы, диаметром около 3-х см, плотно-эластичная с гладкой поверхностью; слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе наружной и средней трети l. umbilicoilioceae dextra в форме цилиндра диаметром 4 см, гладкая, эластичная, безболезненная; восходящая, нисходящая и поперечная ободочная кишка пальпируются в форме гладкого плотного тяжа; остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Аускультация живота: выслушиваются перистальтические шумы. Шум плеска в желудке отсутствует.

Перкуссия печени: размеры печени по Курлову- 12х7х6,5(см).

Пальпация печени: край печени ровный мягкий округлый, не выступает из-под нижнего края реберной дуги, пальпация безболезненна.

Желчный пузырь область желчного пузыря умеренно безболезненна. Симптомы Василенко, Грекова-Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Захарьина отрицательные.

Поджелудочная железа: при пальпации безболезненна, отсутствуют инфильтраты, опухолевидные образования. Симптомы Керте, Мейо-Робсона отрицательные.

Селезёнка не пальпируется.

# **Предварительный диагноз**

На основании жалоб на интенсивные схваткообразные боли ноющего, режущего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки; повышение температуры до 37,70С; Учитывая анамнез заболевания: первые признаки болезни Считает себя больной с 2001 года, когда впервые появился приступ схваткообразных болей ноющего характера в правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки. Боли начались ночью, развивались постепенно, достигли максимума через 2–3 часа, сопровождались субфебрильной температурой (37,30С), купировались к утру после применения спазмолитиков (Но-шпы) и обезболивающих средств (баралгина). обратилась в поликлинику где было произведено УЗИ, по результатом которого обнаружен конкременты в желчном пузыре, размером 0,5\*0,7 см и 0,3\*0,6 см. Приступы имели место в среднем 1–2 раза в пол года, их появлению предшествовали погрешности в диете (употребление жирного, жаренного, острого). Между приступами больная чувствовала себя хорошо. За последние 3 месяца приступы участились, присоеденилась отрыжка горечью, изжога, за медицинской помощью не обращалась, во время приступов самостоятельно принимала но-шпу, баралгин. В перерывах между приступами больная принимала перед едой Фестал, отвары желчегонных трав, придерживалась диеты с исключением жареного, острого, пониженным содержанием жирного. ухудшение с 13.01.08 с 18 часов вечера, когда после погрешности в диете появились интенсивные постоянные схваткообразные боли ноющего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки, не купирующиеся спазмолитиками, через 2 часа отметила повышение температуры до 37,70С

А также наследственную предрасположенность и данные объективного осмотра можно думать о диагнозе: ЖКБ, флегмонозный калькулезный холицестит

Для подтверждения и уточнения диагноза необходимо провести дополнительные методы исследования.

**План обследования**

1. Развёрнутый анализ крови
2. Биохимическое исследование крови (определение уровня белка, калия, натрия, кальция, глюкозы, билирубина, креатинина, мочевины, АСТ, АЛТ).
3. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов, включая антитела к HBs-антигену)
4. Общий анализ мочи
5. Коагулограмма
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки
7. ЭКГ
8. Контрольное УЗИ органов брюшной полости

**Результаты исследования**

1. Развёрнутый анализ крови от 14.01.08

Гемоглобин 142 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Гематокрит: 0,42

СОЭ 18 мм/ч

Лейкоциты 11,1 х10 /л

Сахар крови 4,5 ммоль/л

Лейкоцитарная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| эозинофилы | базофилы | миелоциты | метамиелоциты | ПЯ | СЯ | лимфоциты | моноциты |
| 2 | - | 0 | 0 | 1 | 75 | 22 | 5 |

2.Анализ мочи от 14.01.08

| Показатели | Данные |
| --- | --- |
| Количество | 50 мл |
| Цвет | Жёлтый |
| Относительная плотность | 1006 |
| Реакция | Кислая |
| Глюкоза | 3,5 ммоль/л |
| Белок | отр |
| Эпителий: |  |
| - Плоский | 1 – 2 в поле зрения |
| - Переходный | - |
| - Почечный | - |
| Лейкоциты | - |
| Эритроциты: | - |
| Слизь | - |

3. Биохимический анализ крови от 14.01.08

Билирубин общий: 16 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л), прямой: 4 мкмоль/л, не прямой: 12 мкмоль/л

Белок: 80,9 г/л

Глюкоза: 5,6 мм/л

α- амилаза: 7,0

4. Коагулограмма 14.01.08

ПТИ 94,2%

Фибриноген 2,4г/л

5. RW-отр от 14.01.08

6. УЗИорганов брюшной полости от 14.01.08

Размеры печени: - правая доля-14,5см

- левая доля-7,4см

- паренхима диффузная, неоднородная.

Холестаз – нет. Воротная вена 1,1см, холедох 0,4см.

Поджелудочная железа: размеры 2,6\*1,5\*2,4 структура неодноодная, гиперэхогенная.

Желчный пузырь: размеры 7,6\*2,5 , форма – перегиб в области шейки, стенка 0,5см, уплотнена, весь просвет заполнен мелкими конкрементами (6-8мм).

Заключение: диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы, хронический калькулезный холецистит.

7. ЭКГ от 14.01.08

Синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца. Умеренные изменения в миокарде.

1. Биопсия № 341

Флегмонозный холецистит

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больной, анамнестических данных, данных объективного обследования был выставлен предварительный диагноз, лабораторные данные и данные инструментальных методов исследования полностью подтверждают предварительный диагноз: ЖКБ, флегмонозный калькулезный холецистит

**Дифференциальный диагноз**

Проведем дифференциальный диагноз между флегмонозный калькулезный холецистит и хроническим панкреатитом.

При обоих заболеваниях после погрешностей в диете могут наблюдаться тупые боли в правом подреберье, однако у данной пациентки не наблюдалось свойственных панкреатиту опоясывающих болей. Не было также отмечено диспептических расстройств в виде тошноты, рвоты со скудным количеством желудочного содержимого, чередования запоров с поносами. Не происходило снижения массы тела, что может наблюдаться при хроническом панкреатите в связи с недостаточностью внешнесекреторной функции и, следовательно, с нарушением переваривания пищи. При проведении пальпаторного исследования в области поджелудочной железы болезненности не наблюдается.

Проведем дифференциальный диагноз между флегмонозный калькулезный холецистит и хроническим гастритом.

Боли, которые начали ее беспокоить 7 лет назад отличаются от гастритических. При обострении хронического гастрита боли возникают непосредственно или спустя 20-30 минут после еды, реже встречаются голодные или поздние боли. Локализация болей чаще всего в эпигастрии, в то время как боли у данной пациентки во время приступов локализуются в эпигастрии и правом подреберье. При гастрите не наблюдается такой специфичности в отношении пищи, провоцирующей развитие болей, как в случае у нашей пациентки.

Есть также отличия клинической картины у нашей больной от таковой для язвенной болезни желудка и для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Так, при язвенной болезни желудка боли появляются через 15-60 минут после еды (язва малой кривизны), или же появляются голодные, ночные, поздние, т.е. через 2-3 ч после еды (язва антрального отдела желудка). Однако у нашей больной, боли не носят такого регулярного характера и, опять же, разыгрываются не после каждого приема пищи, а только после погрешности в диете и купируются спазмолитиками. Если провести еще сравнение с болями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, то они чаще проявляются через 1,5-3 ч после еды, или же натощак (голодные) или ночью (ночные), причем, в отличие от рассматриваемого случая, проходят после приема пищи.

Проведем дифференциальный диагноз между флегмонозный калькулезный холецистит и бескаменным холециститом.

Клиническая картина бескаменного хронического холецистита сходна с таковой при хроническом калькулезном холецистите. Но боли в правом подребрье отличаются малой интенсивностью и большой длительностью (носят практически постоянный характер, усиливаются после погрешности в диете). Обнаружение камней в желчном пузыре при УЗИ подтверждает наличие калькулезного холецистита.

Проведем дифференциальный диагноз между флегмонозный калькулезный холецистит и раком желчного пузыря.

Рак желчного пузыря, как правило, сочетается с ЖКБ, являясь одним из его осложнений. На ранних стадиях развития протекает бессимптомно, или с признаками калькулезного холецистита. Только лишь в фазе генерализации наблюдается как общие его признаки, так и местные симптомы (увеличенная бугристая печень, асцит, желтуха). Однако при проведении УЗИ не отмечается признаков рака желчного пузыря.

Для нашей пациентки я полагаю наличие флегмонозный калькулезный холецистит

Окончательный диагноз:

ЖКБ, флегмонозный калькулезный холецистит.

**Лечение**

При поступлении консервативная терапия и динамическое наблюдение. Инфузионная терапия: Физиологический раствор хлорида натрия 0,9 % 1400 мл, раствор калия хлорида 30 мл,раствор сульфата магния 10 мл, баралгин 5 мл.

Лечение хирургическое: лапароскопическая холецистэктомия.

**Ход операции**

Под общим обезболиванием, разрезом длиной 4,5 см над пупком рассекается кожа и ПЖК. В брюшную полость под контролем зрения вводится 10 мм торакар, накладывается пневмоперитонеум. В брюшную полость вводится лапароскоп и производится ревизия. Затем последовательно вводятся 2-5 и 1-10 мм торакары через типичные точки.

После этого выделяется пузырный проток, клипируется и пересекается. Выделяется пузырная артерия, клипируется и пересекается. Далее выполняется холецистэктомия. При диффузной кровоточивости ложа ж/п, выполняется коагуляция с помощью аргона, дополнительно оставляется гемостатическая губка и производится контроль гемостаза. Брюшная полость послойно ушивается с установкой дренажа в подпечёночной области.

**Выписной эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., 79 лет, поступила в больницу: 14.01.08г, 0705

Жалобы больной на момент поступления**:** На интенсивные схваткообразные боли ноющего, режущего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки; повышение температуры до 37,70С; Отрыжку горечью, изжогу.

Головную боль, преимущественно локализующуюся в затылочной области; слабость.

Anamnesis morbi: больна с 2001 года, когда впервые появился приступ схваткообразных болей ноющего характера в правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки. Боли начались ночью, развивались постепенно, достигли максимума через 2–3 часа, сопровождались субфебрильной температурой (37,30С), купировались к утру после применения спазмолитиков (Но-шпы) и обезболивающих средств (баралгина). Обратилась в поликлинику где было произведено УЗИ, по результатом которого обнаружен конкременты в желчном пузыре, размером 0,5-0,6 см. Приступы имели место в среднем 1–2 раза в пол года, их появлению предшествовали погрешности в диете (употребление жирного, жаренного, острого). Между приступами больная чувствовала себя хорошо. За последние 3 месяца приступы участились, присоеденилась отрыжка горечью, изжога, за медицинской помощью не обращалась, во время приступов самостоятельно принимала но-шпу, баралгин.

Настоящее ухудшение с 13.01.08 с 18 часов вечера, когда после погрешности в диете появились интенсивные постоянные схваткообразные боли ноющего характера в эпигастральной области, правом подреберье с иррадиацией в область правой лопатки, не купирующиеся спазмолитиками, через 2 часа отметила повышение температуры до 37,70С; была вызвана бригада скорой помощи и больная госпитализирована в 1 гор. Больницу, в 1 хирургическое отделение, с диагнозом ЖКБ, острый холицестит, для уточнения диагноза и решения вопроса об оперативном лечении.

Status localis: Осмотр живота: округлой формы, симметричен, участвует в дыхании.На коже передней брюшной стенке послеоперационные рубцы после видеолапароскопической холецистэктомии. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается.Перкуссия живота: определяется тимпанит различной степени выраженности.Пальпация живота: а) поверхностная: живот мягкий, незначительно болезнен в правом подреберье, грыжевых выпячиваний не обнаруживается, диастаз прямых мышц отсутствует;

б) глубокая скользящая пальпация: сигмовидная кишка пальпируется на границе средней и наружной трети l. umbilicoiliаceae sinistra – цилиндрической формы, диаметром около 3-х см, плотно-эластичная с гладкой поверхностью; слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе наружной и средней трети l. umbilicoilioceae dextra в форме цилиндра диаметром 4 см, гладкая, эластичная, безболезненная; восходящая, нисходящая и поперечная ободочная кишка пальпируются в форме гладкого плотного тяжа; остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Аускультация живота: выслушиваются перистальтические шумы. Шум плеска в желудке отсутствует.

Перкуссия печени: размеры печени по Курлову- 12х7х6,5(см).

Пальпация печени: край печени ровный мягкий округлый, не выступает из-под нижнего края реберной дуги, пальпация безболезненна.

Желчный пузырь область желчного пузыря умеренно безболезненна. Симптомы Василенко, Грекова-Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Захарьина отрицательные.

Поджелудочная железа: при пальпации безболезненна, отсутствуют инфильтраты, опухолевидные образования. Симптомы Керте, Мейо-Робсона отрицательные.

Селезёнка не пальпируется.

флегмонозный калькулезный холецистит

Послеоперационное течение заболевания: заживление раны удовлетворительное, швы сняты 18.01.08г.без осложнений.

Анализы при выписке:

1. Развёрнутый анализ крови от 21.01.08

Гемоглобин 134 г/л

Эритроциты 4,0x10¹²/л

Гематокрит: 0,42

СОЭ: 9 мм/ч

Лейкоциты 4,7х10 /л

Сахар крови 4,5 ммоль/л

2. Биохимический анализ крови от 21.01.08

Билирубин общий: 16 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л), прямой: 3 мкмоль/л, не прямой: 13 мкмоль/л

Белок: 80,9 г/л

Глюкоза: 5,6 мм/л

α- амилаза: 6,4

Анализ мочи от 21.01.08

| Показатели | Данные |
| --- | --- |
| Количество | 70 мл |
| Цвет | Жёлтый |
| Относительная плотность | 1007 |
| Реакция | Кислая |
| Глюкоза | отр |
| Белок | отр |
| Эпителий: |  |
| - Плоский | 2-5 в поле зрения |
| Лейкоциты | - |
| Эритроциты: | - |
| Слизь | - |

Рекомендации: соблюдение диеты,адекватная физическая нагрузка. Диспансерное наблюдение у хирурга в течении двух лет.

**Дневники**

|  |  |
| --- | --- |
| 18.01.08 | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 78 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.  Получает ампициллин 1,0 х 4 раза в день |
| 21.01.08 | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.  Сняты швы. Больная готовиться к выписки на 22.01.08г. |
| 22.01.08 | Жалоб на момент осмотра нет. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено  Объективно: Состояние больной удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 в минуту, правильного ритма. АД – 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Выписана из стационара. |

**Прогноз**

Своевременное плановое хирургическое лечение хронического калькулёзного холецистита приводит к выздоровлению и полному восстановлению трудоспособности.

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

Рекомендации: в течение 6 месяцев избегать тяжёлых физических нагрузок, придерживаться диеты: стол №5.

**Литература**

1. Хирургические болезни (под реакцией М.И.Кузина). – М.: Медицина, 1995.
2. Хирургические болезни, Савельев В.С. Геотармед,Москва 2005г
3. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1983.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: Гэотар, 1999.

5. Учебно-методическое пособие, Лубянский В.Г. Барнаул, 2005г