**Ф.И.О.** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Пол:**  жен.

**Возраст:** 63 года

**Профессия, место работы:** пенсионерка

**Место жительства:** пос. Светлый

**Диагноз направления:** Cholecystitis acutae

**Клинический диагноз:** Cholelitiasis, cholecystitis calculosa chronica

**Сопутствующие заболевания:** хронический эрозивный гастрит, острый эрозивный сигмоидит, хронический ларингит, хронический бронхит, гипертоническая болезнь 3 степени, риск 4, грыжа поясничного отдела позвоночника, рецидив диффузного зоба в состоянии эутиреоза

**Операция:** Cholecystoectomia – endo. Дата операции не установлена.

**Показания к операции:** Безуспешное консервативное лечение. Опасность осложнений таких как: перфорация желчного пузыря с развитием желчного перитонита, эмпиемы желчного пузыря, перихолецистита с развитием спаек с окружающими органами, вторичного билиарного цирроза, образование желчных свищей, малигнизации желчного пузыря.

**Дата поступления:** 4.03.05г.

**Дата выписки:** продолжает лечение

**Исход болезни:** состояние пациентки без ухудшения

**АНАМНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Жалобы при поступлении:**

- Боль в правом подреберье, сжимающего характера, постоянная, сильной интенсивности, появилась после приема пищи, купировалась No-spa и прозерином.

- Тошнота, отрыжка желчью, вздутие живота, кашицеобразный стул 3 раза в день.

- Слабость, недомогание.

**Жалобы на момент курации:**

**-** Не выявлены

**Начало и дальнейшее развитие болезни:**

Пациентка считает себя больной с января 2005 года, когда появилось ощущение постоянной тошноты, отрыжка желчью, изжога и озноб. Через неделю появилась боль в правом подреберье, схваткообразная, усиливающаяся после приема пищи. Пациентка в поликлинику не обращалась, самостоятельно принимала отвар желчегонных трав, при которых не было положительной динамики, сильные боли купировала приемом 1 таблетки No-spa. Соблюдала диету (отказ от жареного, жирного, копченого, питание дробное). 04.03.05г. пациентка \*\*\*\*\*\*\* была доставлена в приемный покой ОКБ с жалобами на резкую боль в правом подреберье, не проходящую, тошноту, которые возникли после обильного приема пищи. Также отмечалось слабость недомогание. После инъекции баралгина, No-spa, прозерина боль купировалась. \*\*\*\*\*\*\*\* была госпитализирована в отделение общей хирургии ОКБ с предварительным диагнозом острый холецистит.

**АНАМНЕЗ ОТДАЛЕННЫЙ**

**Период роста, направленность развития.** Родилась в 1942 году в срок первым ребенком. Роды прошли без осложнений. Место рождения Томская область, Колпашевский район. Росла и развивалась соответственно возрасту. Закончила 10-летнюю школу. Поступила и закончила педагогический университет.

**Перенесенные заболевания.**  В раннем детстве болела: корью, ветряной оспой, скарлатиной, ОРЗ.

В 1979 г. струмэктомия.

В 1990г. двусторонняя овариосальпингэктомия.

В 1994г. удаление липом на нижних конечностях.

Со слов пациентки туберкулезом и венерическими заболеваниями не болела.

**Бытовой анамнез.** Условия проживания удовлетворительные (в квартире есть холодная и горячая вода, отопление).

**Условия питания.** Питание полноценное сбалансированное.

**Вредные привычки.** Злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками отрицает.

**Семейный анамнез.**

Отец умер в возрасте 63-х лет. Мать умерла в возрасте 70 лет. Причину смерти родителей не знает. Мать страдала ЖКБ. О болезнях брата и сестер не знает. Первый сын 1961 года и второй – 1969 года со слов пациентки здоровы. Внуки со слов пациентки здоровы.

**Гинекологический анамнез.**

Половое созревание с 14-летнего возраста, менопауза с 55 лет. Менструальный цикл был безболезненный, регулярный. Было 5 беременностей, две из них закончилась родами.

**Аллергологический анамнез.**

Аллергические реакции на лекарственные препараты – есть, но на какие точно не знает; а также на резкие запахи, духи, лаки, краски возникает приступообразный кашель.

**Профессиональный анамнез.**

Работая учителем, в школе приобрела хронический ларингит.

***Объективное исследование***

**Вес:** 81 кг  **Рост:** 164 см

**Общее состояние** удовлетворительное

**Сознание**  ясное

**Положение**  активное

**Тип телосложения** гиперстеник

**Кожные покровы** бледно-розового цвета, зуда, сыпи нет.

**Слизистые оболочки** сухие, бледно-розовые, язв, трещин и кровотечений нет.

**Придатки кожи** волосяной покров нормальный, ногти правильной формы

**Подкожная жировая клетчатка** выражена хорошо.

**Полость рта** десны бледно-розовой окраски, безболезненны. Язык нормальной величины, сухой обложен белым налетом, язв и трещин нет, сосочковый слой выражен умеренно. Миндалины не увеличены, лакуны не воспалены.

**Лицо**

## выражение лица спокойное;

## форма носа правильная;

## носогубная складка симметрична;

## осмотр глаз и век – без отеков, форма зрачка правильная.

**Шея**  правильной формы, рубец 7 см после тироидитэктомии, пальпируется узел 5-6 мм слева.

**Лимфатические узлы** затылочные, задние и передние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые и паховые не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена

**Мышечная система** развита умеренно, тонус мышц сохранен, при пальпации болезненность отсутствует.

**Позвоночный столб** Патологических искривлений нет. Есть все физиологические изгибы.

**Костная система** При исследовании костей черепа, грудной клетки, конечностей деформаций не выявлено, пальпация боли не вызывает.

**Суставы**  не увеличены, не деформированы, признаков воспаления нет, объем движений сохранен.

**Грудная клетка** цилиндрической формы, деформаций нет. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют. Над- и подключичные ямки выражены одинаково. В акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Дыхание глубокое, ритмичное.

**Тип дыхания** грудной.

**Окружность грудной клетки** при спокойном дыхании 100см

при выдохе 103см

при вдохе 99см.

**ЧДД в минуту** 16

***Исследование легких***

**Пальпация.** Болевые точки не определяются. Голосовое дрожание над передними, боковыми, задними отделами в симметричных участках легких одинаковое.

**Сравнительная перкуссия**. При сравнительной перкуссии над передними, боковыми, задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

**Гамма звучности** над передними и задними отделами легких сохранена.

**Топографическая перкуссия**.

Высота стояния верхушек  слева справа

спереди 4см 4см

сзади на 1см ниже 7-го на 1см ниже 7-го

шейного позв-ка шейного позв-ка

ширина полей Кренига 5см 6см

Нижние границы легких*:* слева справа

окологрудинная линия - 5 межреберье

срединно-ключичная линия - 6 ребро

передняя подмышечная линия 7 ребро 7 ребро

средняя подмышечная линия 8 ребро 8 ребро

задняя подмышечная линия 9 ребро 9 ребро

лопаточная линия 10 ребро 10 ребро

околопозвоночная линия остистый отросток остистый отросток

11 грудного позв-ка 11 грудного позв-ка

**Аускультация.** Над периферическими отделами легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание.При аускультации побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

**Подвижность легочного края** по средней подмышечной линии:

Вдох 3 см 3 см

Выдох

3 см 3 см **Бронхофония** над симметричными участками грудной клетки одинаковая с обеих сторон.

***Исследование сердца и сосудов***

**Осмотр и пальпация**. Грудная клетка над областью сердца нормальной конфигурации. Верхушечный толчок визуально не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии, не разлитой, не усилен. Болевые точки не обнаружены.

**Перкуссия.**

Границы относительной тупости абсолютной тупости

правая 1см кнаружи от правого совпадает с правым

края грудины краем грудины

левая 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии

верхняя 3 ребро 4 ребро

Ширина сосудистого пучка 6см.

Поперечник сердца 12см

Длинник сердца 13,5см.

**Аускультация:** Первый тон выслушивается на верхушке сердца, совпадает с верхушечным толчком, пульсовой волной, следует после длительной паузы, громче, продолжительнее, ниже по тональности, чем второй тон. Второй тон выслушивается на основании сердца, не совпадает с верхушечным толчком, пульсовой волной, следует после короткой паузы, громче, короче, выше по тональности, чем первый тон. Второй тон на аорте громче, чем на легочной артерии. Шумы сердца не выслушиваются. АД 130/90мм рт. ст.

**Пульс:** одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердого напряжения. Форма пульсовой волны правильная. Стенка сосуда эластичная, пульс ритмичный, 74 удара в минуту.

**Исследование вен** при осмотре и пальпации вен шеи набухания и видимой пульсации не наблюдается.

**Исследование брюшной полости**

###### *Желудочно-кишечный тракт*

**Осмотр**

**Живот** обычной формы, обе половины симметричны. Подкожные вены не выбухают, опухолевидных образований на брюшной стенки нет. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Имеется рубец по белой линии живота 14 см.

**Пальпация**

**Желудок.** Стенка гладкая, эластичная, шум плеска не определяется.

**Аускульту африкция** нижняя граница желудка на 4 см выше пупка.

*Поверхностная-*  живот мягкий, безболезненный.

*Глубокая* –

**Сигмовидная кишка** расположена в типичном месте, d=2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, безболезненная, урчание не определяется.

**Слепая кишка** расположена правильно, d=3см , эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, безболезненная, определяется урчание.

**Восходящая ободочная кишка** расположена правильно, d=1.5 см, эластичная, стенка гладкая, подвижность достаточная, безболезненная, урчание не определяется.

**Поперечно ободочная** d= 2 см расположена в пупочной области, эластичная, стенка гладкая, подвижная, безболезненная, урчания не определяется.

**Нисходящая ободочная кишка** d=1,5 см расположена правильно, эластичная, стенка гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

##### Печень и желчный пузырь

**Пальпация** край печени выходит из-под края реберной дуги на 0,5 см. Край печени острый, эластичный, ровный, поверхность гладкая, болезненный.

## Перкуссия

## Размеры печени по Курлову 10 8 7см.

**Пальпация желчного пузыря –**пальпируется в точке проекции желчного пузыря, болезненна

**Симптомы:** Кера,Мюси, Василенко, Айзенберга 1 и 2, Ортнера положительны.

##### Селезенка

**Пальпация** не пальпируется, что соответствует норме.

**Перкуссия** длинник 12см.

поперечник 6см.

***Поджелудочная железа***

**Пальпация** безболезненна. Симптомы Шоффара, Губергрица-Скульского, Мейо-Робсона отрицателен, симптом Воскресенского отрицательный,

***Исследование мочевыделительной системы***

**Почки** не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

**Мочевой пузырь** не пальпируется, область безболезненна, перкуторный звук в над лобковой области тимпанический, мочеиспускание не затруднено

**Состояние психики и нервной системы:** Больная ориентируется во времени, пространстве, местности. К своему заболеванию адекватна.

***Данные исследования заболевшего участка***

**Живот** обычной формы, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Имеется рубец по белой линии живота 14 см.

**Пальпация желчного пузыря –**пальпируется в точке проекции желчного пузыря, болезненна

**Симптомы:** Кера,Мюси, Василенко, Айзенберга 1 и 2, Ортнера положительны.

***Лабораторные и инструментальные исследования***

**ОАК** от 4.03.05г.

Лейкоциты 6,4;

эритроциты 4,5;

гемоглобин 150.

Заключение: патологии не выявлено.

**ОАМ** от 4.03.05г.

белок 0,3;

сахар отрицательный;

лейкоциты 4-5 в поле зрения,

эритроциты единичные, эпителий плоский единичный.

Заключение: патологии не выявлено.

**БАК** от 5.03.05г.

билирубин 10,7

амилаза 18,1,

сахар 6,0

Заключение: глюкоземия

**ЭГДС** от 4.03.05г.

Заключение: недостаточность кардии. Дистальный очаговый поверхностный гастрит.

**УЗИ** от 4.03.05г.

Заключение умеренные диффузные изменения печени. ЖКБ.

От 10.03.05г. желчный пузырь 60-40мм, в полости в области шейки конкремент 9 мм.

**ЭКГ** от 4.03.05г.

Заключение: ритм синусовый, правильный 82 в минуту, ЭОС отклонена влево, метаболические изменения миокарда. Данных за ОНКК нет.

***Клинический диагноз и его обоснование***

Диагноз**:** Cholelitiasis, cholecystitis calculosa chronica ставится на основании:

Жалоб больной:

* Боль в правом подреберье, сжимающего характера, постоянная, сильной интенсивности, появилась после приема пищи, купировалась No-spa и прозерином.
* Тошнота, отрыжка желчью, вздутие живота, кашицеобразный стул 3 раза в день.
* Слабость, недомогание.

Объективных исследований:

Пальпация желчного пузыря **–**пальпируется в точке проекции желчного пузыря, болезненна

Симптомы:Кера,Мюси, Василенко, Айзенберга 1 и 2, Ортнера положительны.

Лабораторных и инструментальных методов исследования:

УЗИ от 4.03.05г. Заключение умеренные диффузные изменения печени. ЖКБ.

От 10.03.05г. желчный пузырь 60-40мм, в полости в области шейки конкремент 9 мм.

***Дифференциальный ряд***

1. Хронический калькулезный холецистит сходен с хроническим панкреатитом по ряду признаков:

- боль в правом подреберье или опоясывающего характера, усиливающаяся при нарушении диеты

- диспепсические расстройства (тошнота, вздутие живота)

- объективно: болезненность при пальпации живота

Опорные критерии в диагностике хронического панкреатита:

- опоясывающие боли после приема пищи или натощак,

-тошнота и рвота пищей не приносящая облегчения, стеаторея,

- боль при пальпации поджелудочной железы, в проекции точек Шоффара, Губергрица и Мейо-Робсона,

- повышение уровня амилазы крови, снижение альбуминов,

- на УЗИ неоднородность структуры ПЖ, уменьшение или увеличение размеров ПЖ, неровный контур и тд.

2. Хронический калькулезный холецистит сходен с язвой ДПК по ряду признаков:

- боль, возникающая после приема пищи, в правом подреберье,

- изжога, отрыжка.

Опорные критерии в диагностике язвы ДПК:

-«голодные» боли, проходящие после приема пищи,

- рвота через 2-2,5 часа после приема пищи,

-характерна сезонность обострений,

-положительный симптом Менделя в эпигастрии справа

- ФГДС – обнаружение язвенного дефекта

- рентген – выявляется ниша.

3. Хронический калькулезный холецистит сходен с хроническим гепатитом В по ряду признаков:

- боль в правом подреберье,

- диспепсические расстройства ( тошнота, изжога),

- пальпация печени болезненна

Опорные критерии в диагностике хронического гепатита В:

-данные эпид. анамнеза,

- указание о перенесенном в прошлом остром гепатите,

- увеличение печени, селезенки,

- наличие внепеченочных знаков,

- субиктеричность склер, желтуха,

- обнаружение в крови АТ к вирусу гепатита В.

4. Хронический калькулезный холецистит сходен с острым аппендицитом по ряду признаков:

- при высоком расположении слепой кишки боли могут локализоваться в правом подреберье,

- диспепсические расстройства ( тошнота )

-болезненность при пальпации, положительный симптом Щеткина – Блюмберга,

Опорные критерии в диагностике острого аппендицита:

- напряжение мышц живота при пальпации,

- температура,

- для аппендикулярной колики свойственна боль впупочной области, постепенно переходящая в правую подвздошную область, - симптом Кохера – Волковича,

- изменения ОАК: ↑СОЕ, лейкоцитоз со сдвигом влево.

5. В сравнении с почечной коликой боль локализуется в поясничной области, характерен положительный симптом поколачивания, иррадиация боли в пах, гематурия, боль не связана с приемом пищи.

6. При сравнении с внутрипеченочным холелитиазом при пальпации определяется: увеличение, уплотнение и болезненность соответсвующей доли печени; в постановке диагноза помогают данные УЗИ.

***Этиология и патогенез***

Морфологическим субстратом ЖКБ являются конкременты желчного пузыря и желчевыводящих путей. Большинство желчных камней смешанные. В их состав входит значительное число органических и неорганических веществ: холестерин, билирубин, желчные кислоты, белки, различные соли, кальций, микроэлементы.

Классификация камней:

1. холестериновые – чаще встречаемые, основным компонентом является холестерин, они имеют округлую, овальную форму, диаметром от 4-5 до 12-15мм, располагаются в желчном пузыре. Преимущественно холестериновые смешанные камни имеют слоистую структуру и состоят из пигментированной центральной части, окруженной тонким слоем холестерина. Известь и пигмент – основные примеси холестериновых камней – образуют холестериново-пигментные известковые камни. Они множественны, встречаются десятками или даже сотнями.
2. пигментные – малой величины, жесткие, хрупкие. Содержит билирубин и его полимеры. Различают черные и коричневые пигментные камни. Они множественные, располагаются в желчном пузыре и желчных протоках.
3. смешанные камни.

В образовании холестериновых камней выделяют три фактора: перенасыщение желчи холестерином, осаждение соли холестерина в виде кристалла, нарушение функции ЖП.

Перенасыщение желчи холестерином зависит от пола, возраста, наследственности, наличия ожирения, характера питания, болезней печени, приема некоторых лекарственных средств. Сам по себе холестерин не растворим в воде, но в желчи он находится в растворимом состоянии благодаря присутствию желчных кислот и лецитина. Эти липиды желчи образуют мицеллы, состоящие из холестерина, лецитина и желчных кислот. Основное значение имеет соотношение между липидами. Если количества желчных кислот и лецитина недостаточно для образования мицелл, в которые может быть упакован холестерин, то такая желчь считается литогенной, или перенасыщенной.

Особое значение для здоровья человека имеет состояние желчного пузыря, его способность полностью выполнять свою функцию. В промежутках между приемами пищи желчный пузырь наполняется желчью из печени, концентрирует ее и во время еды выбрасывает ее в ДПК. В норме желчный пузырь освобождается от желчной замазки и продуктов распада, способных провоцировать образование камней. Процесс обновления желчи в пузыре замедлен при его заболевании, что вызывает застой желчи, осаждение и кристаллизацию ХС с образованием замазки, предшествующей образованию камней.

Пигментные камни, содержащие менее 30% ХС, образуются при нарушении пигментного обмена. Более благоприятным для образования камней является желчный пузырь, в котором хорошо осаждается ХС и билирубин.

ЖКБ чаще поражает женщин, реже мужчин. На образование камней влияет гормональный фон (прием контрацептивов, прием эстрогенсодержащих препаратов женщинами в постменопаузе увеличивает заболеваемость в 2,5 раза, многорожавшие женщины заболевают чаще, чем не рожавшие).

При наличии камней в ЖП создаются условия застоя желчи вследствии закупорки потока ЖП. ЖП, содержащий застойную желчь, подвержен развитию воспаления из-за инфицирования желчи.

Известно несколько теорий образования камней:

1. теория Ашоффа – камни возникают в асептическом пузыре, так как нарушен холестериновый обмен.
2. теория Шаде – образование камней связано с физико-химическими нарушениями в пузыре. Нарушается физико-коллоидное равновесие в организме. В силу этих причин вокруг небольшого органического ядра (комочка слизи), начинают откладываться соли и образуются камни.
3. теория Наунина – камни возникают из-за инфекции, которая нередко возникает в пузыре. Воспалительный процесс в ЖП протекает вяло, выражен незначительно и может привести к тому, что выпадает фибрин, клетки эпителия слущиваются и дают начало органическому ядру, вокруг которого затем формируется камень.

**Лечение данного заболевания.**

Все больные острым холециститом, либо при обострении хронического калькулезного должны находиться в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии местного или распространенного перитонита показана экстренная операция. В остальных случаях проводится консервативное лечение. Ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питьё. Для уменьшения боли применяют ненаркотические анальгетики. Наркотические анальгетики не применяют т.к. за счет выраженного анальгезирующего действия они могут значительно уменьшить болевые ощущения и объективные признаки воспаления, затруднить диагностику. Болевые ощущения могут быть уменьшены при применении холинолитических спазмолитических средств. На области правого подреберья кладут пузырь со льдом для уменьшения кровенаполнения воспаленного органа. Для подавления активности микрофлоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтексикации и парентерального питания назначают инфузионную терапию в общем объеме не менее 2,0-2,5литров растворов в сутки. Если на фоне проводимого лечения в течении 48-70 часов состояние больного не уменьшается, сохраняются или усиливаются боли в животе и защитное напряжение мышц брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или поднимается температура, увеличивается лейкоцитоз, то показано хирургическое вмешательство для предупреждения перитонита и других тяжелых осложнений.

*Холецистэктомия* – основное оперативное вмешательство. Удаление ЖП может представлять значительные трудности в связи с выраженным воспалительным изменением в нем и окружающих камнях. Поэтому рекомендовано удалять пузырь от дна. Холецистэктомия должно быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных ЖП (холангиографией). В связи с неэффективностью консервативной терапией пациентке было назначено оперативное лечение: эндоскопическая холецистэктомия.

Так как не одно из этих патологий не выявлено, планируется проведение операции на 10.03.05. время проведение – 09.00. Операция отменена из-за приступа бронхиальной астмы ( 09.03.05. )

Показаниями к операции являются: опасность развития обтурационной желтухи; деструкция стенок ЖП с возможной их перфорацией и последующим желчным перитонитом; спайки с желудком и ДПК. ПОК, сальником; желчные свищи; холангит; вторичный билиарный цирроз с последующей печеночной недостаточностью; острый панкреатит; панкреонекроз.

***Лечение данной пациентки***

Режим палатный

Стол №5.

Инъекции: раствор глюкозы 5% - 800,0; витамин С 3,0; рибоксин 2,0; платифиллин 1,0; р-р Рингера – 800,0.

Per os: эгалок 50 мг 1 р/д, йодтироксин ( на руках ).

***Дневник***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | Течение болезни | Назначения |
| 9.03.05г.  АД 120/80 Пульс 82уд/мин  t=36,6  11.03.05г.  АД 120/ 70  Пульс 76уд/ мин  t= 36,7  12.03.05г.  АД 140/90  Пульс 80уд/мин  t=36,6 | Знакомство с пациенткой. Сбор жалоб и анамнеза. Жалоб на момент курации нет.  Диурез в норме, стул 2 раза в день кашицеобразныйю  Операция не состоялась в следствие развития приступа бронхиальной астмы 9.03.05г.Проведение объективных методов исследования. Состояние удовлетворительное. Жалоб на момент курации нет. Кожные покровы обычные. Слизистые розовые. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот обычной конфигурации, зона проекции ЖП болезненна.  Диурез в норме, стул кашицеобразный.  Состояние удовлетворительное. Больная жалобы не предъявляет. Кожные покровы обычные. Слизистые розовые. Язык влажный, не обложен. Живот безболезнненый.  Диурез в норме, стул кашицеобразный. | Стол №5  Таб. Эгалок 50 мг 1 р/д.  Йодтироксин.  ОАК, ОАМ,БАК. Операция на 10.03.05г.  Лечение то же  Лечение то же.  ОАМ, БАК. |

***Эпикриз***

04.03.05г. пациентка \*\*\*\*\*\*\* была доставлена в приемный покой ОКБ с жалобами на резкую боль в правом подреберье, не проходящую, тошноту, которые возникли после обильного приема пищи. Также отмечалось слабость недомогание. После инъекции баралгина, No-spa, прозерина боль купировалась. \*\*\*\*\*\*\* была госпитализирована в отделение общей хирургии ОКБ с предварительным диагнозом острый холецистит.

Жалобы при поступлении:

* Боль в правом подреберье, сжимающего характера, постоянная, сильной интенсивности, появилась после приема пищи, купировалась No-spa и прозерином.
* Тошнота, отрыжка желчью, вздутие живота, кашицеобразный стул 3 раза в день.
* Слабость, недомогание.

Было проведено обследование: ОАК от 4.03.05г. Лейкоциты 6,4; эритроциты 4,5; гемоглобин 150. Заключение: патологии не выявлено.

ОАМ от 4.03.05г. белок 0,3; сахар отрицательный; лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты единичные, эпителий плоский единичный.

Заключение: патологии не выявлено.

БАК от 5.03.05г. билирубин 10,7-010, амилаза 18,1, сахар 6,0

Заключение: билирубинемия.

ЭГДС от 4.03.05г. Заключение: недостаточность кардии. Дистальный очаговый поверхностный гастрит.

УЗИ от 4.03.05г. Заключение умеренные диффузные изменения печени. ЖКБ.

От 10.03.05г. желчный пузырь 60-40мм, в полости в области шейки конкремент 9 мм.

ЭКГ от 4.03.05г. Заключение: ритм синусовый, правильный 82 в минуту, ЭОС отклонена влево, метаболические изменения миокарда. Данных за ОНКК нет.

На основании этих данных диагноз был подтвержден и пациентка была госпитализирована в отделение хирургии, где было проведено лечение:

Стол №5. Инъекции: раствор глюкозы 5% - 800,0; витамин С 3,0; рибоксин 2,0; платифиллин 1,0; р-р Рингера – 800,0.

Per os: эгалок 50 мг 1 р/д, йодтироксин.

Назначена операция Cholecystoectomia – endo на 10.03.05г., которая не проводилась из-за приступа бронхиальной астмы (09.03.05г.).

Пациентка \*\*\*\*\*\*\* на 12.03.05г. находится в отделении общей хирургии ОКБ, состояние удовлетворительное, ждет операции.

*Рекомендации:* для данной пациентки необходимо соблюдение рациональной диеты ( ограничение приема жирной, острой, жареной пищи ); соблюдение режима питания, труда, отдыха; уменьшить переносимую физическую нагрузку; рекомендовано санаторно – курортное лечение.

*Прогноз:* после проведения операции и соблюдении рекомендаций благоприятный.

***Список используемой литературы:***

1. Клиническая гастроэнтерология. Под ред. Г. И. Бурчинского. – К: Здоровье 1997.

2. Хирургические болезни. Учебник. Под ред. М.И. Кузина. – М: Медицина 1995.

3. Хирургические болезни. Под ред. Ю.А. Нестеренко. – М: Медицина 1987.

4 .Лекции по хирургии Под ред. Б.А. Альбицкий. – Томск. Изд-во ТГУ, 1976.

5. Диагностика болезней внутренних органов: Т.1.Диагностика болезней органов пищеварения: - М: Мед. лит., 2003.

6. Неотложная хирургия живота. Б.И. Альперович, М.М. Соловьев. – Томск, Издательский дом « Курсив » 2002.

7. Ресурсы интернет.