Національний медичний університет

ім. О . О. Богомольця

Кафедра педіатрії № 1

Завідуючий кафедрою: проф. Тяжка О. В.

Викладач:

Історія хвороби

ФИО

Клінічний діагноз: Дискінезія жовчно-видільних шляхів по гіпотонічному типу.

Виконала:

студентка V курсу

І мед. фак-ту ,1 групи

Малишкіна І. Ю.

Київ – 2002

***Паспортна частина.***

П. І. по Б.:

Дата народження: 7 лютого 1990 р.

Мама – домогосподарка

Батько – будівельник

Домашня адреса: м. Київ, вул. Берковецька 6, 516

Дата госпіталізації: 28 жовтня 2002 р.

Направлена дільничним лікарем

Діагноз при госпіталізації: дискінезія жовчовивідних шляхів, панкреатит.

Ходить у школу, в 7 клас.

На “Д” обліку не стоїть.

# Скарги хворого на момент курації

На момент курації присутні скарги на відчуття тяжкості в правому підребер’ї, нудоту, що виникає переважно зранку, відчуття гіркоти в роті, періодичні затримки стула.

***Аnamnesis morbid***

Вперше ознаки захворювання виникли 6 місяців тому, коли хвора почала відмічати тяжкість у правому підребер’ї після вживання смаженої і жирної їжі. Поступово до даного симптому приєдналися болі у правому підребер’ї ниючого характеру, без іррадіації, які виникали після погрішностей у дієті, тривали близько двох годин. Поступово стала відмічати нудоту зранку, відчуття гіркоти в роті. До лікаря не зверталася. Напротязі останніх трьох місяців стан хворої погіршився: болі у правому підребер’ї набули постійного характеру, але залишилися ниючими, без будь-якої іррадіації. Кожного ранку хвора відмічала гіркоту в роті, нудоту, декілька разів була блювота з домішками жовчі, спостерігалась загальна слабкість, підвищена втомлюваність, в’ялість . З даними скаргами хвора звернулася до дільничного педіатра, який направив дівчину на обстеження до стаціонару, де вона зараз і перебуває.

## Anamnesis vitae

Перша дитина в сім’ї, від першої вагітності, яка протікала без ускладнень і закінчилася фізіологічними пологами. Маса при народженні – 3800 г, довжина – 50 см. До 10 місяців перебувала на природному вигодовуванні, прикорм вводився згідно віку дитини. Період новонародженності протікав без особливостей. Дівчинка у психічному і фізичному розвитку не відставала від одноліток.

Перенесені захворювання: у 2 роки – вітряна віспа; у 4 роки – кір; гострі вірусні інфекції (хворіє не часто – 1-2 рази на рік). Операцій і травм не було.

Алергічних реакцій не спостерігалося.

Щеплення проводилися згідно календарю, алергічних реакцій на щеплення не відмічено.

1. Проти туберкульозу – БЦЖ:

вакцинація на 3-5 день життя,

ревакцинація в 7 років.

1. Проти поліомієліту:

вакцинація в 3 місяці тричі з інтервалом в 30 днів per os Себіна,

1-ша ревакцинація – 18 місяців,

2 -га ревакцинація – 3 роки,

3 -я ревакцинація – 6 років.

1. Проти дифтерії, кашлюка, правця:

### вакцинація в 3 місяці з інтервалом в 30 днів (внутрішньом’язево АКДС),

1. Проти дифтерії, правця ревакцинація(АДС):

1-ша ревакцинація в 12 місяців,

2 –га ревакцинація в 6 років .

1. Проти кору:

вакцинація в 12 місяців одноразово,

ревакцинація в 6 років одноразово.

1. Проти паротиту в 12 місяців одноразово.

Житлово-побутові умови життя задовільні. Режиму дня , навчання і відпочинку дотримується. За дитиною доглядає мама. На повітрі буває часто, спить в окремій кімнаті. Купається 2 рази на тиждень. Однак дієта не виконується, в раціоні харчування багато жирних та гострих страв.

***Сімейний анамнез***

Мама – 33 роки, хворіє на хр. холецистит. Батько – 35 років, хворіє на хр. гастрит, хр. панкреатит. В сім ї одна дитина.

***Епідемічний анамнез***

За 21 день до поступлення до стаціонару в контакті з інфекційними хворими не була. Рідкі випорожнення не спостерігалися.

***Стан хворого***

### Загальний стан хворої задовільний. Положення в ліжку активне. Температура тіла – 36.6ºС

 Свідомість ясна, положення в ліжку активне. Вираз обличчя спокійний. Дівчинка контактна, настрій піднесений, поведінка активна, сон непорушений, інтелект розвинений відповідно віку. Пам’ять і мова без особливостей.

У розвитку психіки, статичних і моторних функцій від одноліток не відстає.

Зі сторони черепно-мозкових і периферичних нервів відхилень немає. Поверхневі (шкірні, зі слизових оболонок), глибокі (сухожилкові, періостальні ) не змінені. Патологічні рефлекси не викликаються.

Дермографізм червоний, швидко з’являється та швидко зникає. Шкіра блідо-рожевого кольору, еластична, помірно волога, тургор не змінений. Висипи, рубці, пігментації, крововиливи, ущільнення, набряки відсутні. Волосся і нігті без особливостей. Підшкірно-жирова основа розподілена рівномірно, ступінь її розвитку помірно знижений (товщина підшкірно-жирового прошарку на рівні пупка 1,5 см ).

Видимі слизові оболонки рожевого кольору, вологі; висипи, пігментації відсутні. Мигдалики не виходять за межі піднебінних дужок. Гіперемія, нальот на слизовій зіва відсутні.

Лімфатичні вузли: при пальпації визначаються підчелюсні (по одному з обох сторін, округлої форми, діаметром 1 см , еластичної консистенції, безболісні, рухомі), предньо- шийні (два з обох боків, веретеноподібної форми , діаметром 5 мм , еластичної консистенції, безболісні, рухомі), пахвинні (по одному з обох сторін, округлої форми, діаметром 5 мм , еластичної консистенції, безболісні, рухомі), пахові вузли (веретеноподібної форми , діаметром 5 мм , еластичної консистенції, безболісні, не спаяні з оточуючими тканинами).

Потиличні, привушні, підборідні, задньошийні, над-, підключичні, ліктьові лімфатичні вузли не пальпуються.

М’язова сила і тонус помірні, об’єм активних і пасивних рухів у суглобах у повному обсязі. Конфігурація суглобів та шкіра над ними не змінена.

Форма черепа – доліхоцефалічна, грудна клітка циліндричної форми, епігастральний кут гострий, направленість ребер коса, прикріплюються до хребта під гострим кутом. Бічне викривлення хребта відсутнє. Плечі, лопатки розташовані на одному рівні, трикутники талії симетричні. Деформації кінцівок відсутні.

#### Органи дихання

Дихання вільне, здійснюється через ніс, виділення з носу відсутні, голос не змінений, кашель відсутній, мигдалики не виходять за межі піднебінних дужок. Задишка відсутня. Форма грудної клітки правильна, обидві половини симетричні, рівномірно беруть участь в акті дихання. Дихання ритмічне, 18 на хвилину.

При пальпації грудна клітка безболісна, помірної резистентності. На симетричних ділянках грудної клітки голосове тремтіння однакове.

Перкусія легень: при порівняльній перкусії над усією поверхнею легень визначається ясний легеневий звук .

 Топографічна перкусія легень

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| лінія | праворуч | ліворуч |
| Lin. medioclav. sin. | VI ребро | - |
| Lin. axillaris media | VIII ребро | IX ребро |
| Lin. scapularis | X ребро | X ребро |
| lin. paravertebralis | на рівні остистого відросткаXI грудного хребця | на рівні остистого відросткаXI грудного хребця |

 |

Екскурсія нижнього краю легень по lin. Scapulars – 4,5 см

При аускультації легень над всією поверхнею вислуховується везикулярне дихання, додаткові дихальні шуми відсутні. Бронхофонія однакова на симетричних ділянках грудної клітки, помірної інтенсивності.

## Серцево-судинна система

 Пульс 80 ударів на хвилину, ритмічний,однаковий на правій і лівій руці, помірного наповнення і напруження. Артеріальний тиск – 110/60 мм. рт. ст.

Ділянка серця без особливостей. Верхівковий поштовх пальпується в 5 міжребер’ї на 1см. досередини від lin. medioclav. sin., локальний, позитивний, помірної висоти, сили, резистентності.

Перкуторні межі серця:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межі серця | Відносна тупість | Абсолютна тупість |
| Права | По lin. sternalis dext. | По lin. sternalis sin. |
| Верхня | ІІІ ребро по lin. parasternalis sin. | ІV ребро |
| Ліва  | На 0,5 см. до середини від lin. medioclav. sin. | На 1,5 см. до середини від lin. medioclav. sin. |

Аускультація серця: тони серця ритмічні, звучні, співвідношення тонів у всіх точках аускультації збережене . Патологічні шуми відсутні.

#### Органи травлення

Ротова порожнина: губи червоного кольору, слизова оболонка рота і ясен рожева, без висипів і виразок, язик обкладений білим нальотом ближче до кореня, вологий, сосочки помірно розвинені. Ковтання не порушене.

Живіт округлої форми, симетричний, пупок втягнений. Здуття, вип’ячування, западання в ділянці живота, видима пульсація, розширення вен стінки живота відсутні.

При перкусії живота вислуховується тимпанічний перкуторний звук, вільна рідина не визначається.

При поверхневій пальпації спостерігається болючість в правому підребер’ї, решта ділянок безболісні. Напруження м’язів передньої стінки живота відсутнє.

Симптоми, що характеризують ураження 12-палої кишки (с-м Менделя) негативний, болісність в т. Боаса і Опенховського (що характерна для виразки шлунка, гастродуоденіта) відсутня.

Симптоми враження підшлункової залози ( болісність в т. Дежардена, Кача, Мея-Робсона) негативні.

Симптоми враження жовчного міхура – Ортнера, Мерфі, Єгорова – позитивні, наявна болісність в точці Кера.

Симптом гострого живота ( Щоткіна-Блюмберга) негативний.

При глибокій ковзній пальпації живота сигмовидна кишка визначається у вигляді тяжу діаметром 2 см, безболісного, рухливого,с гладкою поверхнею, без урчання.

Сліпа кишка пальпується у вигляді циліндричного тяжу діаметром 2,5 см, безболісного, с гладкою поверхнею, малорухомого, що урчить при натисканні.

Визхідна і низхідна, поперечно-ободова кишки пальпуються у вигляді тужу діаметром 1,7 см, безболісного, рухливого, з гладкою поверхнею.

Червоподібний відросток, кінцевий відділ клубової кишки не пальпуються.

При пальпації печінка визначається біля краю реберної дуги по lin. medioclav. dextr. Край печінки округлий, гладенький, м’яко-еластичний, безболісний при пальпації, з рівними контурами.

Перкуторні межі печінки за Образцовим.

Нижня межа:

lin. axilaris anter. dex.. – X ребро

lin. medioclav. dex. – на 0.5 см нижче нижнього краю реберної дуги

lin. parasternalis dex. – на 1,5 см нижче краю реберної дуги

lin. mediana anter. – на 2,5 см нижче нижнього краю мечовидного відростку

Верхня межа:

lin. axilaris anter. dex.- на VII ребрі

 lin. medioclav. dex. – VI ребро

lin. parasternalis dex. – верхній край VI ребра

В положенні на боку, на спині, стоячі селезінка не пальпується.

Перкуторні межі селезінки: ширина селезінки 5 см. (між IX і XI ребром) по lin. axilaris media, довжина - 7 см. на рівні X ребра.

Стул 1 раз на добу, оформлений, м’якої консистенції.

##### Сечостатева система

Зовнішні статеві органи розвинені відповідно віку дитини (Р1 Ах0 Ма1 Ме0 – 12 років).

Сечовипускання вільне, 4 рази на добу, безболісне, нетримання сечі відсутнє, переважає денний діурез.

Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Нирки не пальпуються.

***Ендокринні залози***

Клінічні симптоми ураження залоз внутрішньої секреції (акромегалія, ожиріння, пігментації) не спостерігаються.

При пальпації щитовидної залози долі і її перешийок звичайної форми, конфігурації, в розмірах не збільшені, безболісні, м’якої тістоподібної консистенції, с гладкою поверхнею. При ковтанні щитовидна залоза змінює своє положення.

Вторинні статеві ознаки відповідають віку.

***Органи чуття***

Зір VOD=VOS=1.0

Запахи дитина розрізняє правильно. Шепітну мову чує на відстані 5 метрів. Смакові відчуття не порушені.

***Фізичний розвиток***

Вага – 35,5 кг (лежить в інтервалі 25-75 центилей, що відповідає середньому розвитку.

Зріст – 148 см (інтервал 25-75 центилів, відповідає середньому розвитку).

Окружність голови – 54 см (інтервал 25-75 центилів, відповідає середньому розвитку).

Окружність грудної клітки – 76 см (інтервал 25-75 центилів, відповідає середньому розвитку).

На основі даних оцінки фізичного розвитку за методом центильних стандартів можна зробити висновок, що фізичний розвиток дитини гатммонійний, середній.

***Попередній діагноз***

На основі скарг хворої (відчуття тяжкості, періодичні болі в правому підребер’ї тупого характеру, без іррадіації, що виникають після вживання жирної та смаженої їжі; нудоту переважно зранку, відчуття гіркоти в роті, періодичні затримки стула), даних анамнезу (наявність захворювання протягом останніх 6-ти місяців, загострення протягом останніх трьох у вигляді постійного болю в правому підребер’ї ниючого характеру без іррадіації, виникнення блювоти з домішками жовчі, загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, в’ялості), даних об’єктивного обстеження (болючість в правому підребер’ї при поверхневій пальпації, позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Єгорова , наявність болючості в точці Кера) можна запідозрити дискінезію жовчно-видільної системи по гіпотонічному типу.

***План додаткових методів обстеження***

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Біохімічне дослідження крові (К, Na, Cl, білок, глюкоза, креатинін, сечовина, білірубін)
4. Копроцитограма (з дослідженням на простіші і яйця глистів)
5. УЗД органів черевної порожнини.
6. Фіброгастродуоденоскопія.

***Дані додаткових методів дослідження***

1. Загальний аналіз крові 29.10.02:

еритроцити 4,5 х 1012/л

гемоглобін 143 г\л

кольорний показник 0.95

лейкоцити 4,3х 109/ л

эозинофілы 2 %

паличкоядерні 6%

сегментоядерні 51%

лімфоцити 37%

моноцити 4%

СОЄ 5 мм\год

1. Загальний аналіз сечі 29.10.02:

кількість – 100 мл

колір - солом’яно-жовтий

реакція - нейтральна

питома вага – 1012

прозорість - прозора

білок - відсутній

цукор - відсутній

ацетон - відсутній

лейкоцити – 1-3 у полі зору

еритроцити - відсутні

епітелій - циліндричний в незначній кількості

солі – оксалати в незначній кількості

слиз – відсутній

1. Біохімічний аналіз крові 29.10.02:

білірубін загальний – 17,2 мкмоль/л

непрямий – 17,2 мкмоль/л

прямий – немає

###### АлАт – 16 Е/л

АсАт – 33 Е/л

гамаглютамілтрансфераза – 6 Е/л

холестерин – 6,5 ммоль/л

загальний білок – 7,7 г/л

глюкоза – 5,21 ммоль/л

креатинін – 0,071 мкмоль/л

сечовина – 5,21 ммоль/л

1. Аналіз кала:

###### Колір – коричневий

Оформлений

м'якувата

слиз – відсутній

скрита кров – відсутня

мікроскопія:

м’язові волокна –немає

нейтральний жир – немає

клітковина – одинична

слиз - відсутній

еритроцити – відсутні

лейкоцити – відсутні

простіші – не виявлено

яйця глистів – не виявлено

1. УЗД 29.10.02:

Печінка +1, структура однорідна. Жовчний міхур гіпотонічний, збільшений в розмірі, грушоподібної форми, стінка тонка, в порожнині невелика кількість осаду.

Панкреас, селезінка, нирки – структурно не змінені.

1. Фіброгастродуоденоскопія:

Патології не виявлено, помірна базальна гіперацидность.

Диференційний діагноз

З огляду на те, що болі в ділянці правого підребер’я тупого характеру, диспептичний синдром ( нудота, блювота, закреп), позитивні симптоми Ортнера, Єгорова, Мерфі, болючість в точці Кера, які спостерігаються у нашої хворої, характерні як для дискінезії жовчовидільних шляхів по гіпотонічному типу, так і для хронічного холециститу, необхідно провести диференційну діагностику між цими захворюваннями. Для хронічного холециститу, на відміну від дискінезії, характерна іррадіація болю в праве плече і лопатку, підвищення температури тіла при загостренні, наявність запальних змін з боку крові ( лейкоцитоз, зсув формули вліво, підвищення ШОЕ). Дані ознаки не властиві дискінезії і відсутні у нашої хворої. Однак, головним діагностичним критерієм є ультразвукове дослідження жовчного міхура, при якому у випадку хронічного холециститу спостерігається потовщення стінки жовчного міхура, наявність великої кількості осаду, а у випадку дискінезії по гіпотонічному типу жовчний міхур збільшений в розмірах, грушоподібної форми, містить невелику кількість осаду у своїй порожнині та має не потовщену стінку. Останній варіант ультразвукової картини присутній у нашої хворої.

Диференційну діагностику дискінезії жовчно-видільних шляхів по гіпотонічному типу необхідно проводити також з дискінезіями по гіпертонічному типу, оскільки при даній патології також присутні болі в правому підребер’ї, диспептичний синдром ( нудота, блювота, ), позитивні симптоми Ортнера, Єгорова, Мерфі, болючість в точці Кера. Але при ДЖВШ по гіпертонічному типу болі в правому підребер’ї приступоподібні, носять колючий характер, в той час як при ДЖВШ по гіпотонічному типу болі постійні й тупі ( яку нашої хворої). Крім того, для ДЖВШ по гіпертонічному типу не характерні закрепи. Остаточно встановити діагноз дозволяє ультразвукове дослідження, при якому жовчний міхур з дикінезією по гіпертонічному типу має S-подібну форму, а з дискінезією по гіпотонічному типу – він збільшений, грушоподібної форми.

Больовий синдром, диспепетичний симптом (закреп), зниження працездатності, загальна слабкість може спостерігатися і при гастродуоденіті. Однак, для гастродуоденіту характерні голодні болі ( у хворої ж болі головним чином виникають після прийняття жирної і смаженої їжі), позитивний симптом Менделя ( у хворої немає) і відсутні симптоми враження жовчного міхура. Відсутність змін з боку слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки дозволяє остаточно відкинути дану патологію.

Отже, в результаті проведеної диференційної діагностики надаємо перевагу ДЖВШ по гіпотонічному типу.

Остаточний діагноз

На основі скарг хворої (відчуття тяжкості, періодичні болі в правому підребер’ї тупого характеру, без іррадіації, що виникають після вживання жирної та смаженої їжі; нудоту переважно зранку, відчуття гіркоти в роті, періодичні затримки стула), даних анамнезу (наявність захворювання протягом останніх 6-ти місяців, загострення протягом останніх трьох у вигляді постійного болю в правому підребер’ї ниючого характеру без іррадіації, виникнення блювоти з домішками жовчі, загальної слабкості, підвищеної втомлюваності, в’ялості), даних об’єктивного обстеження (болючість в правому підребер’ї при поверхневій пальпації, позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Єгорова , наявність болючості в точці Кера) , даних ультразвукового дослідження жовчного міхура (жовчний міхур гіпотонічний, збільшений в розмірі, грушоподібної форми, стінка тонка, в порожнині невелика кількість осаду), відсутність запальних змін з боку крові, враховуючи дані диференціальної діагностики, можна встановити заключний діагноз – дискінезія жовчно-видільних шляхів по гіпотонічному типу.

***Лікування***

1. Дієта: стіл № 5 по Певзнеру.

Рекомендовано споживати в значній кількості рослинні олії ( 1-2 чайні ложки 3-4 рази в день перед прийомом їжі), сливки, яйця, фрукти, овочі, житній хліб, інші продукти, які сприяють спорожненню кишківника, що рефлекторно стимулює і евакуацію жовчі з жовчного міхура . Крім того, рекомендується їжа, збагачена солями магнію, грубою рослинною клітковиною ( гречана каша, морква, сир, капуста, томати, яблука, відвар шиповника). Приймати їжу необхідно 5-6 разів на добу, так як дрібне харчування є найкращим стимулятором жовчовиділення.

1. Для покращення виділення жовчі з жовчного міхура в кішківник призначаються жовчогінні засоби – холеретики (аллохол ),що посилюють секрецію жовчі та холекинетики ( холосас ), що стимулюють пасаж жовчі по жовчовивідним шляхам.

Rp: Tab.  ”Aloholum”

D.t.d. N. 10

S. Приймати по 1 таб. 3 рази на добу після їжі.

Rp: ” Halosasi” 150 ml

D.t.d. N. 1

S. Приймати по 1 чайній ложці 3 рази на добу після їжі.

1. Враховуючи механізм виникнення ДЖВШ по гіпотонічному типу, призначаються засоби, шо здійснюють стимулюючу дію на організм:

Rp: Tincturae Ginsengi 50 ml

 D.S. По 15 крапель 3 рази на добу.

1. Рекомендоване проведення сліпого зондування з підігрітим 33% розчином магнію сульфату 1 раз на тиждень. Натще дитина випиває 150 мл підігрітого розчину і лягає на правий бік з грілкою на одні годину.

Rp: Sol. Magnesii sulfatis 33% 150 ml

 D.S. Випити підігрітий розчин натще для тюбажу.

1. Призначається пиття мінеральних вод високої мінералізації, багатих на магній – Морщинська мінеральна вода.
2. Для покращення жовчовиділення рекомендований комплекс тонізуючої лікувальної фізкультури.

***Щоденник***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Стан хворої | Лікування |
| 30.10.02 | Загальний стан задовільний, положення в ліжку активне.Присутні скарги на тяжкість в правому підребер’ї протягом всього дня, нудоту, гіркоту в роті зранку, на закреп протягом 2 днів.T - 36.6ºС, шкіра блідо- рожевого кольору, видимі слизові оболонки рожеві, чисті.При пальпації живіт м’який, помірно болючий в правому підребер’ї. Позитивні симптоми Ортнера, Єгорова, Мерфі, наявна болючість в точці Кера .Тони серця звучні, ритмічні, АТ=100/60 мм рт.ст., пульс – 78 уд/хвДихання над легенями везикулярне, ЧД – 18/хв.Сечовипускання без змін. | 1. Режим вільний
2. дієта № 5
3. Алохол по 1таб.3 рази на добу
4. холосас 1 чайна ложка 3 рази на добу
5. настій женшеня по 15 кр. 3 рази на добу.
6. сліпе зондування з 33% р-м магнезії сульфат
 |
| 1.11.02 | Загальний стан задовільний, положення в ліжку активне.Присутні скарги на тяжкість в правому підребер’ї після їжі, гіркоту в роті зранку.T - 36.6ºС, шкіра блідо- рожевого кольору, видимі слизові оболонки рожеві, чисті.При пальпації живіт м’який, помірно болючий в правому підребер’ї. Симптоми Ортнера, Єгорова, Мерфі слабопозитивні,Тони серця звучні, ритмічні, АТ=100/60 мм рт.ст., пульс – 75 уд/хвДихання над легенями везикулярне, ЧД – 17/хв.Сечовипускання без змін. | 1. Режим вільний
2. дієта № 5
3. Алохол по 1таб.3 рази на добу
4. холосас 1 чайна ложка 3 рази на добу
5. настій женшеня по 15 кр. 3 рази на добу.
6. сліпе зондування з 33% р-м магнезії сульфат
 |

***Епікриз***

Хвора, Рожко Юлія Ігорівна, поступила до стаціонару зі скаргами на постійні болі у правому підребер’ї ниючого характеру, без будь-якої іррадіації, гіркоту в роті, нудоту, блювоту з домішками жовчі, періодичні затримки стула, загальну слабкість, підвищену втомлюваність, в’ялість . З анамнезу відомо, що дане захворювання виникло 6 місяців тому. При об’єктивному дослідженні була виявлена болючість в правому підребер’ї при поверхневій пальпації, позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Єгорова , наявність болючості в точці Кера, при ультразвуковому дослідженні - печінка +1, структура однорідна, жовчний міхур гіпотонічний, збільшений в розмірі, грушоподібної форми, стінка тонка, в порожнині невелика кількість осаду, панкреас, селезінка, нирки – структурно не змінені. Зі сторони крові, сечі, калу змін не спостерігається. На основі вище перерахованих даних був встановлений діагноз: дискінезія жовчно – вивідних шляхів по гіпотонічному типу. Було призначено лікування : дієта № 5; Алохол по 1таб.3 рази на добу; холосас 1 чайна ложка 3 рази на добу, настій женшеня по 15 кр. 3 рази на добу; сліпе зондування з 33% р-м магнезії сульфат. В результаті назначеного лікування стан хворої став покращуватися. Продовжує перебувати у стаціонарі.

## Рекомендації

Дієта № 5 протягом 6 міс. з подальшим її розширенням; жовчогінні по 10-14 днів протягом 3 міс.; сліпі зондування 1-2 рази на тиждень № 8-10, курси – 2 рази на рік; ЛФК; мінеральні води високої мінералізації в підігрітому вигляді за 30-60 хв. До їжі 2 рази на рік 3-4 тижні; санаторно-курортне лікування в санаторіях “Трускавець”, “Моршин”.