# Общие сведения о больном

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст, пол: 56 лет
3. Место работы: пенсионер
4. Семейное положение: замужем
5. Место жительства: Томск
6. Дата поступления в клинику: 28.11.2004
7. Дата выписки из клиники: ---
8. Дата курации:
9. Диагноз направления: Хронический холецистит
10. Диагноз клинический:

Основной: Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, средняя степень тяжести, гипотоническая дискинезия желчевыводящих путей.

Осложнения:

Фон: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# Жалобы больного

Больная предъявляла следующие жалобы

1. Недомогание, быстрая утомляемость, нарушение сна.
2. Боли в эпигастрии и чувство тяжести в правом подреберье, боли давящего, иногда жгучего характера, возникают без четкой зависимости от приема пищи, без иррадиации. Снижение болевого синдрома отмечает на фоне приема препаратов: но-шпа, спазмалгон. Боли уменьшаются, но полностью не купируются.
3. Беспокоит чувство горечи во рту, возникает на фоне приема жирной пищи, чаще утром, натощак. Как правило, сопровождает чувство тяжести в правом подреберье.
4. Диспептические явления: склонность к диарее, стул ближе к оформленному с наличием непереваренной пищи, светлый, ближе к белому цвету.
5. Сухость во рту (беспокоит с августа 2004)

# История настоящего заболевания

Считает себя больной с августа-сентября 2004 года, когда впервые отметила появление болей давящего характера в правом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту – данные симптомы возникали без четкой зависимости от приема пищи, носят периодический характер.

Беспокоят боли в эпигастрии (в 1997 проходила курс соответствующей терапии в гастро-энтерологическом отделении по поводу хронического гастрита, другой патологии тогда выявлено не было). С тех пор боли в эпигастрии периодически беспокоят на фоне погрешности в диете; из препаратов принимает ПЕНЗИТАЛ – симптоматически.

Кроме того, в августе отмечала ухудшение состояния в виде появления следующих симптомов – слабость, дрожь во всем теле, ухудшение общего самочувствия, появление сухости во рту. По этому поводу обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства, было выявлено повышение уровня глюкозы (9,5 ммоль/л), рекомендована диета, на фоне которой уровень глюкозы достиг значения 4,6.

Однако, описанная выше симптоматика периодически беспокоила, обращалась к терапевту в поликлинику, была рекомендована госпитализация с целью проведения обследования, верификации диагноза, определения дальнейшей тактики ведения, проведения курса терапии, в связи с чем она и была госпитализирована в отделение гастроэнтерологии ОКБ в плановом порядке 28.12.2004.

# Анамнез жизни

Росла и развивалась в соответствие с возрастными нормами. В детстве – ОРВИ – часто, ангины – редко. 10 беременностей, из них 8 абортов (нежелательная беременность), 2 родов.

Окончила среднюю школу, училище. Работала до пенсии поваром.

В настоящее время проживает с мужем в благоустроенной квартире. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное – 3 раза в день, полноценное. Правила личной гигиены соблюдает. Имеет 2 детей – сын и дочь, дети здоровы. Вредные привычки отрицает.

Из операций были: экстирпация матки по поводу миомы матки (1995), без осложнений.

**Семейный анамнез и наследственные заболевания.**

Не отягощен.

Туберкулез, гепатит и другие острые инфекции отрицает. О каких-либо других заболеваниях в семье пациентка не помнит. Данных о возможности влияний других семейных инфекций на пациентку (сифилис, туберкулез, нервно-психические заболевания, болезни обмена веществ, рак) нет.

## Аллергологический анамнез

Не отягощен

# Данные физических методов исследования

**Рост –** 160 см

**Вес –** 60 кг

**Температура тела** **–** 36.5 С

**Тип телосложения** **–** нормостеник

**Положение** – активное.

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи –** тургор снижен, гиперемия лица, сухость кожных покровов.

**Подкожная клетчатка** (степень развития, отеки) **–** развита умеренно, отека - нет

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер **–** субиктеричная

**Полости рта** (язык, губы, миндалины) **–** язык сухой, обложен у корня беловатым налетом, миндалины не увеличены, количество зубов **–** 32

**Поведение –** без особенностей, пациентка легко вступает в контакт

**Лимфатические узлы** – периферические не увеличены, при пальпации – подвижные, безболезненные, овальной формы.

**Шея (щитовидная железа, сосуды) –** пальпируются две равных доли щитовидной железы, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность – ровная; пульс сосудов шеи не выявляется.

**Череп** **–** деформаций нет

**Грудная клетка –** цилиндрической формы, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки косовосходящего направления, симметричность обеих половин грудной клетки, эпигастральный угол 900

**Позвоночник** – обычной конфигурации.

**Суставы** (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация) – обычной конфигурации, безболезненны, подвижность достаточная

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

1. Частота дыхания **–** 16 движ/мин, отношение вдоха к выдоху = 4/5, равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания **–** брюшной

2. *Пальпация грудной клетки*: болевые точки не выявлены, эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках **–** одинаковой силы, не усилено.

3. *Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

4. *Гамма звучности*

**–** над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук **–** под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

6. Аускультация легких:

– над всеми отделами легких тип дыхания — везикулярное, хрипов нет.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

1. Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка – не пальпируется

2. *Перкуссия сердца:*

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости |
| Левая | V м/р по левой ср.ключичной линии |
| Правая | IV ребро, 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| Высота правого атриовазального угла | 3 реберный хрящ справа |
| Ширина сосудистого пучка |  6 см  |
| Длинник | 15 см |
| Поперечник | 14 см |

3. Аускультация сердца:

А. Тоны ясные, ритмичные

Б. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии:

 - акцент II тона на аорте

Пульс на лучевой артерии – ритмичный, частота — 68 уд/мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

АД 120/80

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

1. Ротовая полость – слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык – суховат, обложен беловатым налетом.

2. Живот – не увеличен, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, в эпигастрии и правом подреберье напряжен, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет, активно участвует в акте дыхания

3. *Желудок:*

Видимой перистальтики – нет. Нижняя граница 3 см выше пупка

4. *Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

5. *Поджелудочная железа* не пальпируется

6. *Печень:*

– нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

– при пальпации - нижний край мягкий, болезненный, эластичной консистенции, поверхность гладкая.

– *границы печени*:

Нижний край печени по краю реберной дуги.

Размеры печени по М.Г.Курлову:

– от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9,5см

– от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

– от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

**7. *Желчный пузырь*** *—* не пальпируется, при пальпации ощущается болезненность.

Пальпация в точке желчного пузыря – болезненна. Пузырные симптомы (с-м Мерфи, с-м Кера, с-м Ортнера) сомнительны.

8. *Селезенка:* не пальпируется

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого (поколачивания) – отрицательный с обеих сторон

Пальпация почек – не пальпируются

Дизурические явления – не выявлены

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Адекватна, доступна контакту

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон – нарушен в связи с возникающими болями в эпигастрии.

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние – без отклонений, зрение – удовлетворительное

В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет уверенно.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Щитовидная железа – при пальпации однородная, безболезненная, не увеличена.

# Предварительный диагноз

Основной: Хронический бескаменный холецистит в фазе обострения, гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей, средняя тяжесть

Осложнения: нет

Фон: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# План обследования

1. Общий анализ крови, мочи.
2. Биохимический анализ крови (содержание аминотрансфераз, общего белка и белковых фракций, холестерина, глюкозы, фракций липопротеинов)
3. ФЭГДС
4. УЗИ желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, почек.
5. Фракционное дуоденальное зондирование.
6. Микробиологическое исследование желчи
7. ЭКГ
8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 29.12.2004 | 12.01.2005 | норма |
| Гемоглобин | 138 |  | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 4,2 |  | 4,0 – 5,1\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 |  | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | **9,5** | **8,7** | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | **26** | **25** | 5 – 15 мм/ч |
| Лейкоцитарн.ф-ла: |  |  |  |
| нейтрофилы |  |  |  |
| палочко-ядерные | 8 |  | 1 – 6% |
| сегментоядерные | **48** |  | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 |  | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 1 |  | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 40 |  | 18 – 40% |
| Моноциты | 4 |  | 2 –9% |
| Плазмоциты | 0 |  | Отсутствуют |

 Заключение: несколько увеличена СОЭ, умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением палочко-ядерных лейкоцитов.

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 29.12.2004 | Норма |
| Общий белок | 73 | 60 -80 г\ л |
| Билирубин общ | 9,4-0,0 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Глюкоза | 4,1 | 3.5 – 6.1 ммоль/ л |
| АСТ | 21 г/л | до 32,0 |
| АЛТ | **49 г/л** | до 40 |
| -амилаза | 16,1 Г/ч\*л | До 32 |
| Тимоловая проба | 2,8 ед | 0-4 ед |
| RW | Отр |  |

Заключение: активность АЛТ повышена, что может говорить патологическом процессе в печени

**Общий анализ мочи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 29.12.2004 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная |
| Удельный вес | 1016 | 1008 – 1026 |
| Белки | Отр | Отр |
| Сахар | Отр | Отр |
| Микроскопия:  |  |  |
| 1. лейкоциты
 | 2-3 | 0 – 3 |
| 1. эпителиальные клетки
 | 3 –4 | Незначительное количество |
| 1. оксалаты
 | +++ |  |
| 1. слизь
 | ++ |  |

Заключение: Соответствует норме

**Микроскопическое исследование (29.12.2004)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Норма |
| Соединительная ткань | - | - |
| Мышечные волокнанепереваримыепереваримые | -+++ | - |
| Нейтральные жиры | ++ | - |
| Жирные кислоты | + | - |
| Мыла | +++ | Незначит кол-во |
| Непереваримая клетчатка | + | Разное кол-во |
| Переваримая | + | Единичные клетки или клеточны е группы |
| Крахмал | + | - |
| Йодофил бакт | + (кокки) | - |
| Слизь | - | - |
| Лейц | - | Единичные в препарате |
| **Эритроциты** | **2-3 в п/зр** |  |
| Эпителий | - | - |
| Простейшие | - |  |
| Я/гл | Отр | - |

Заключение: кишечная диспепсия

**УЗИ (30.12.2004)**

**Печень** – левая доля передне-задний размер 59

* правая доля 135 мм
* контур ровный, край сглажен, структура однородная.
* Желчные протоки 1-2 мм, стенки плотные
* Сосудистый рисунок не деформирован, воротная вена 10 мм, нижняя полая – 20 мм

**Желчный пузырь:**

* 106х35, стенки 3 мм, плотные, в полости осадок и скопление желчи, холедох 6 мм

**Поджелудочная железа** не увеличена, не видна, метеоризм

**В желудке** натощак содержимое

**Селезенка** – 104 мм однородная

**Заключение:** умеренно-диффузные изменения печени. Признаки хронического холецистита, метеоризм.

**УЗИ Щитовидной железы (17.11.2004)**

|  |
| --- |
| Расположена обычно, контуры ровные |
|  | Толщина х длина х ширина |
| Правая доля | 16х48х15 |
| Левая доля | 16х44х17 |
| Перешеек | 6 |
| Эхогенность смешанная, структура неоднородная.В области перешейка – гипоэхогенный узел 5х10х7, в обеих долях единичные кальцинаты диаметром 2-3мм |

 Заключение: узел перешейка, умеренно-диффузные изменения ЩЖ.

**ЭКГ (11.01.2005)**

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 68 в мин. ЭОС расположена нормально.

# ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА и дифференциальный диагноз

У данной пациентки можно выделить следующие синдромы:

1. Болевой синдром - жалобы на боли в правом подреберье давящего, иногда жгучего характера, возникающие после приема жирной пищи, без иррадиации, снижаются после приема препаратов: но-шпа, спазмалгон; но полностью не купируются; болезненность при пальпации в правом подреберье.

2. Синдром кишечной диспепсии - чувство горечи во рту (возникает на фоне приема жирной пищи, чаще утром, натощак), зачастую сопровождаемое чувством тяжести в правом подреберье), наличие в кале жиров, жирных кислот, что говорит о недостаточной обработке желчью.

3. Синдром воспаления – повышенное СОЭ, умеренный лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг лейкоцитарной формулы.

Данные синдромы позволяют думать о холецистите.

О хроническом процессе говорят данные анамнеза (больную беспокоят характерные симптомы на протяжении 6 месяцев), УЗИ (стенки желчного пузыря плотные, утолщены).

Наличие тупых, продолжительных болей в правом подреберье, отсутствие камней в желчном пузыре при УЗИ, позволяет говорить о **бескаменной форме холецистита.**

Повышенное СОЭ, умеренный лейкоцитоз в крови, палочкоядерный сдвиг лейкоцитов позволяют думать об **обострении процесса.**

Нарушение сократительной функции желчного пузыря по типу **гипомоторной дискинезии** – на УЗИ: размеры желчного пузыря увеличены, скопление желчи, болезненность при пальпации в области желчного пузыря. Для полноты картины необходимо провести дуоденальное зондирование – порции должны набираться медленно, но количество желчи будет большим.

Степень тяжести можно выставить **среднюю**, учитывая то, что боли стойкие, продолжительные, самостоятельно не проходят (снижает их приемом но-шпы, спазмалгоном), наличие осложнений со стороны ЖКТ – диспепсические явления (по типу бродильной диспепсии).

### **Установленный диагноз**

Основной: Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, средняя степень тяжести, гипотоническая дискинезия желчного пузыря.

Осложнения: нет

Фон: нет

Сопутствующие заболевания: нет.

Наличие болевого синдрома, диспептических явлений требует проведения дифференциального диагноза с патологией кишечника, желудка, поджелудочной железы:

* хронический гастрит
* хронический панкреатит
* хронический энтерит

Для **гастрита** характерно наличие периодических болей в эпигастрии, изжоги, отрыжки кислым, может выявляться метеоризм, урчание при пальпации толстого кишечника.

Но у пациентки характерна локализация боли в правом подреберье, нет отрыжки, но есть чувство горечи во рту (характерно для дискинезии желчного пузыря), светлый стул, ближе к белому – для гастрита такой стул не характерен. Эти данные говорят против диагноза хронического гастрита, но чтобы достоверно его отрицать, необходимо провести ФЭГДС.

Для **хронического панкреатита** также ведущим является болевой синдром (боль может локализоваться в эпигастрии, правом подреберье, появляются после обильной пищи, особенно жирной, характерны соответствующие болевые зоны и точки (зона Шоффара, Губергрица, точка Дежардена, Мейо-Робсона). Но у больной нет боли в этих зонах и точках. Диспептический синдром достаточно характерен для панкреатита – проявляется повышенным слюноотделением, отрыжкой воздухом или съеденной пищей, тошнотой, рвотой, метеоризмом; характерно выделение больших количеств зловонного кашицеобразного кала с жирным блеском (стеаторея) и кусочками непереваренной пищи.

У больной диспептический синдром проявляется наличием жидкого стула белого цвета (в связи с наличием жиров), без зловонного запаха, больная не отмечает повышенного слюноотделения, а, наоборот, сухость во рту, чувство горечи во рту. Для ХП характерно увеличение -амилазы крови, чего нет у больной. Против диагноза ХП также говорят данные УЗИ: поджелудочная железа не видна.

Для **Хронического энтерита** характерно наличие болевого синдрома: боли локализуются около пупка, в правой подвздошной области, нередко по всему животу. Ведущим является диспептический синдром – наиболее характерна диарея (от 4 до 20 раз в сутки). Энтерит может быть обусловлен недостаточной абсорбцией желчных кислот в тонкой кишке. Но у больной локализация боли характерна в правом подреберье и нет частого стула. Т.о. диагноз хронического энтерита не совсем уместен.

Таким образом, на основании проведенной дифференциальной диагностики установленный клинический диагноз подтверждается.

# ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение болезни | Назначения |
| 29.12Пульс 68. t° 36.4. А/Д-120/80 мм.рт.ст.  | Знакомство с пациенткой.Сбор жалоб и анамнеза. Предъявляет следующие жалобы:- На общую слабость, недомогание, быстрая утомляемость, нарушение сна.- Боли в эпигастрии, в правом подреберье, давящего, иногда жгучего характера, возникают без четкой зависимости от приема пищи, без иррадиации. Снижение болевого синдрома отмечает на фоне приема препаратов: но-шпа, спазмалгон. Боли уменьшаются, но полностью не купируются. - Беспокоит чувство горечи во рту, возникает на фоне приема жирной пищи, чаще утром, натощак. Как правило, сопровождает чувство тяжести в правом подреберье.- Вздутие живота, урчание кишечника, газы отходят хорошо.- Диспептические явления: склонность к диарее, стул ближе к оформленному с наличием непереваренной пищи, светлый, ближе к белому цвету.- Сухость во рту (беспокоит с августа 2004)Объективный осмотр: вес 60 кг, рост 160 см; состояние удовлетворительное, кожа нормальной окраскиВ легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные, имеется акцент второго тона на аорте. Живот мягкий, безболезненный, нижний край печени по реберной дуге мягкий, ровный, гладкий, безболезненный.Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря. Пузырные симптомы симптомы (с-м Мерфи, с-м Кера, с-м Ортнера) сомнительныеСтул регулярный. Мочеиспускание безболезненное.Положительной динамики состояния пока не наблюдается, т.к. срок госпитализации на данный момент мал (составил 1 день). | Стол №5,режим клиническийФуразолидон 1т 50 мг х 4 р/дПензитал 1 т 3 р/д во время едыСибазон 1 т (5 мг) на ночьТюбажи с сорбитом – утром на 30 минутОдестон 1т (200 мг) 3 р/д за 30 мин до едыР/р Церукала 2,0 (10 мг) 2р/д в/мР/р Рибоксина 10,0 в/в №10 |
| 10.01Пульс 72. t° 36.7. А/Д-130/85 мм.рт.ст.  | Состояние удовлетворительное.Наблюдается положительная динамика. Жалобы не беспокоят (горечь во рту прошла, боли в эпигастрии, тяжесть в правом подреберье почти не беспокоит. Стул стал более оформленным.Кожа нормальной окраски. По легким и сердцу без изменений.По остальным системам без отрицательной динамики. | Лечение продолжать. |

# ТЕрапия и ее обоснование

Задачи терапии:

* устранение болевого синдрома
* устранение воспалительного синдрома

Пациентке было назначено:

**Режим:** клинический. При гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей постельный режим не рекомендуется.

**Питание:** Питание должно способствовать уменьшению воспалительных явлений в желчном пузыре, предупредить застой желчи в желчевыводящих путях, обеспечивать профилактику образования желчных камней.

Пациентке был назначен Стол №5, он показан при хронических холециститах в стадии нерезкого обострения.

Диета физиологически полноценная, количество белков, жиров и углеводов определяют физиологическими потребностями организма, исключают сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), тугоплавкие жиры, жареные блюда, продукты, богатые холестерином, пуринами, диету обогащают овощами и фруктами, за счет чего усиливаются желчегонное действие других пищевых веществ, перистальтика кишечника, обеспечивается максимальное выведение холестерина с калом.

*Обработка:* пищу готовят в вареном виде.

*Энергетическая ценность:* Суточный рацион содержит белков 80-90 г, жиров 80-90 г, углеводов 300-350 г, что составляет около 2200-2500 ккал.

*Режим питания:* дробный (5-6 раз в сутки), что способствует лучшему оттоку желчи.

*Температура пищи:* пища в теплом виде, холодные блюда исключаются.

*Больной рекомендуются:* супы молочные, овощные; нежирные сорта мяса (говядина, курица) и рыбы (треска, лещ, окунь) в отварном или паровом виде; каши; лапша; разные овощи в сыром, отварном, запеченном виде; салаты. Яйца всмятку (одно в 1-2 дня), белковые омлеты 2-3 раза в неделю. Рекомендуются кисло-молочные продукты. Разрешается некрепкий чай, кофе, фруктовые, овощные соки. Очень полезны растительные жиры. Достаточное количество белка и растительных жиров повышает холатохолестериновый коэффициент желчи и уменьшает таким образом ее литогенность.

### **Медикаментозное лечение**

Была назначена медикаментозная терапия:

**1. Устранение болевого синдрома**

*Одестон (гимекромон)* 1т (200 мг) 3 р/д за 30 мин до еды. Препарат с выраженным спазмолитическим и желчегонным действием. Оказывает спазмолитическое действие избирательно на желчные пути и сфинктер Одди. Уменьшает застой желчи и предотвращает осаждение кристаллов холестерина. Учитывая, что у пациентки гипокинетическая дискинезия желчевыводящих путей, то этот препарата противопоказан, т.к. он может усугубить гипотонию ЖВП, ухудшить отток желчи и способствует ее застою.

*Р/р Церукал*а - по 2 мл (10 мг) 2 р/д в/м – Является блокатором дофаминовых рецепторов Д2, а также серотониновых (5-НТ3) рецепторов. Обладает регулирующим влиянием на тонус гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и противорвотным действием.

Для устранения болевого синдрома при гипокинетической дискинезии ЖВП рекомендовано применение *холекинетиков.*(они повышают тонус желчного пузыря, способствуют его опорожнению и тем самым устраняют болевые ощущения в правом подреберье):

* растительное масло (подсолнечное, оливковое) по 1-2 столовые ложки 3 раза в день перед едой, многоатомные спирты — ксилит или сорбит по 15-20 г на 1/2 стакана теплой воды 2-3 раза в день, 20-25% раствор магния сульфата по 1 столовой ложке 2-3 раза в день перед едой.

Эти лекарства обладают холекинетической активностью, вызывают сокращение желчного пузыря и его опорожнение благодаря высвобождению интестинального холецистокинина из слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

При болях в области подреберья, обусловленных застоем желчи в желчном пузыре при гипотонической дискинезии, показаны ***дуоденальные тюбажи без зонда***: больная принимает утром натощак 20-25 г ксилита (или сорбита), растворенного в 100-150 мл теплой кипяченой воды, после этого она должна лежать 1.5-2 ч на правом боку с теплой грелкой. Эту процедуру проводят 2 раза в неделю, курс лечения состоит из 6-8 процедур. В период выраженного обострения заболевания "слепые дуоденальные зондирования" не рекомендуются.

*Сибазон* - 5 мг на ночь – препарат действует успокаивающе, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает беспокойство. Оказывает миорелаксантный и противосудорожный эффект.

**2. Устранение воспалительного синдрома** – микробное воспаление в желчном пузыре развивается, когда инфицирование происходит на фоне застоя желчи, что наблюдается у больной. Поэтому необходимо проведение антибактериальной терапии.

С этой целью ей было назначено следующее:

*Фуразолидон* - таблетки по 50 мг х 4 р/д. Курс 8-10 дней. Эффективен против грамположительных и грамотрицательных бактерий. Положительным свойством фуразолидона является то, что он не угнетает иммунные свойства организма, как большинство антибиотиков, но даже активизирует их. Концентрация препарата в желчи в 200 раз превышает его содержание в сыворотке крови. Также он активно воздействует на лямблиоз, если таковой имеется.

Критерии эффективности проводимой терапии:

* уменьшение и исчезновение симптомов заболевания
* Нормализация СОЭ, п/я нейтрофилов.

#### ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Относительно благоприятный на ближайший и отдаленный период, учитывая степень тяжести, эффект от терапии. Так как у пациентки наблюдается застой желчи в желчном пузыре и обнаруживается осадок (УЗИ), то в последующем это может привести к переходу из некалькулезного в калькулезный холецистит.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТКЕ ПРИ ВЫПИСКЕ**

Рекомендовано тщательное соблюдение всех предписаний по приему препаратов. 1-2 раза в год проходить контрольное обследование у гастроэнтеролога. 1-2 раза в год проводить ОАК, ОАМ, БАК.

Дозировать физическую нагрузку. Соблюдать диету и режим питания. Чаще бывать на свежем воздух. По возможности регулярно проходить курсы санаторно-курортного лечения.

# ЭПИКРИЗ

Поступила в гастроэнтерологическое отделение ОКБ 28 декабря 2004 года.

С жалобами на:

- общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, нарушение сна;

- боли в эпигастрии, в правом подреберье, давящего, иногда жгучего характера, возникают без четкой зависимости от приема пищи, без иррадиации. Снижение болевого синдрома отмечает на фоне приема препаратов: но-шпа, спазмалгон. Боли уменьшаются, но полностью не купируются.

- Беспокоит чувство горечи во рту, возникает на фоне приема жирной пищи, чаще утром, натощак. Как правило, сопровождает чувство тяжести в правом подреберье.

- Вздутие живота, урчание кишечника, газы отходят хорошо.

- Диспептические явления: склонность к диарее, стул ближе к оформленному с наличием непереваренной пищи, светлый, ближе к белому цвету.

* Сухость во рту (беспокоит с августа 2004)

На основании жалоб больного, данных анамнеза (жалобы беспокоят с августа 2004 года), данных объективного осмотра (болезненность при пальпации в правом подреберье, сомнительные пузырные симптомы), данных лабораторных и других специальных исследований (УЗИ: желчный пузырь – размер 106мм х 35мм, стенки 3 мм, плотные, в полости осадок и скопление желчи, холедох 6 мм); микроскопия кала: признаки кишечной диспепсии) был выставлен диагноз:

Основной: Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, средняя степень тяжести, гипотоническая дискинезия желчного пузыря.

Осложнения: нет

Фон: нет

Сопутствующие заболевания: нет

В отделении было проведено обследование ОАК, ОАМ, биохимия крови, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, микроскопическое исследование кала. Назначено лечение: одестон, церукал, тюбажи, сибазон, фуразолидон. Назначенное лечение имело клинический эффект: снижение болевой симптоматики.

Прогноз для больной относительно благоприятный на ближайший и отдаленный период, учитывая степень тяжести, эффект от терапии. Так как у пациентки наблюдается застой желчи в желчном пузыре и обнаруживается осадок (УЗИ), то в последующем это может привести к переходу из некалькулезного в калькулезный холецистит.

###### Рекомендации пациентке

1. Наблюдение участкового терапевта.

2. 1-2 раза в год проходить контрольное обследование у гастроэнтеролога, ОАК, ОАМ, БАК.

3. Рекомендации по образу жизни:

* + Дозированные физические нагрузки.
	+ Сокращение стрессовых ситуаций

4. Лечение в местных санаториях гастроэнтерологического профиля

5. Комплексная коррекция диеты. Следует увеличить количество овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов, нежирные сорта мяса (говядина, курица) и рыбы (треска, лещ, окунь) в отварном или паровом виде; каши; лапша; разные овощи в сыром виде, сократить употребление животных жиров.

6. Продолжение лечения:

* + Р/р Церукала- по 2 мл (10 мг) 2 р/д в/м (в стационаре)
	+ Сибазон - 5 мг на ночь
	+ Тюбажи с сорбитом – утром на 30 минут (курс лечения - 8 процедур)

# Список использованной литературы

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Том 1.–М. Мед. лит., 2001
2. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Том 1.–М. Мед. лит., 2001
3. Внутренние болезни. Учебник в 2 т./под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – Т.2.
4. Григорьев П.Я, Яковенко А.В. Клиническая гастронтерология. – М.: Медицинское информационное агенство, 1998.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух томах. Ч.1, Ч.2. - М.: Медицина, 1993.
6. Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России. М.: АстраФармСервис, 1998.