# 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 волокна  непереваримые  переваримые | -  ++  + | - |
| 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 |
| 29.12  Пульс 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 окраски  В 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) сомнительные  Стул регулярный. Мочеиспускание безболезненное.  Положительной динамики состояния пока не наблюдается, т.к. срок госпитализации на данный момент мал (составил 1 день). | Стол №5,  режим клинический  Фуразолидон 1т 50 мг х 4 р/д  Пензитал 1 т 3 р/д во время еды  Сибазон 1 т (5 мг) на ночь  Тюбажи с сорбитом – утром на 30 минут  Одестон 1т (200 мг) 3 р/д за 30 мин до еды  Р/р Церукала 2,0 (10 мг) 2р/д в/м  Р/р Рибоксина 10,0 в/в №10 |
| 10.01  Пульс 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.