### Паспортные данные

#### Ф.И.О.

Возраст. 70 лет.

Год рождения. 1932 год 7 июля.

Место работы. Пенсионер.

Место жительства

Семейное положение. Женат

Дата поступления в больницу. 8 апреля 2002 года.

Время курации. с 4 марта 2002 года

Сопутствующих заболеваний: нет Основной клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит

**ЖАЛОБЫ НА:**

Колющую, размытую боль в эпигастрии в правом подреберье, иррадиирующую в спину длящуюся в течении 2-3 часов. Изжогу, сухость во рту, вздутие живота. Боли снимаются приемом спазмолитиков.

**ANAMNESIS MORBI.**

Больным себя считает с января 2000 года, когда впервые появились боли эпигастрии в правом подреберье и частая изжога, других клинических признаков у него не было. Самостоятельно принимал препараты такие как гастал, альмагель (после его применения изжога проходила). В течении 2 лет боли периодически возникали. В апреле 2002 года *сам пришел* в больницу «Моторного завода» с жалобами на боли в правом подреберье иррадиирующие в правое плечо.

**ANAMNESIS VITAE.**

Коржиков Александр Васильевич родился 1932 году в Алтайском крае городе Барнауле в рабочей семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 9 классов средней школы. Поступил техническое училище где и выучился на механизатора. После окончания войны пошел служит в ряды Советской армии в артиллерийских войсках. После армии работал механизатором в Мамонтовском районе Алтайского края. В 1992 году ушёл на пенсию.

Гемотрансфузий не проводилось.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

**Генеалогический анамнез.**

- заболевания желчного пузыря

- бабушка и дедушка по отцовской линии пробанда.

* бабушка и дедушка по материнской линии.
* Тети и дяди по отцовской линии.
* Отец и мать пробанда.
* Дядя и тетя (последняя страдала заболеваниями желчного пузыря)
* Пробанд и его братья и сестры.

Заключение: на основании анализа генеалогического древа наследственного характера данного заболевания у этого больного не выявлено.

**STATUS PRESENS COMMUNIS.**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица веселое. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 173 см, вес 72 кг. Пигментных пятен, больших по размеру выпячивающихся родинок на теле на выяыленно. Кожа сухая, тургор снижен. Тип оволосенения по мужскому типу. Волосы седые. Отеков и подкожных эмфизем нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечная система развита хорошо, тонус снижен, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа , позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободны ограничений нет.  
 Щитовидная железа не увеличена.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=23движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии прослушивается ясный легочный звук. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

ЛИНИИ СПРАВА СЛЕВА

l. parasternalis 4 м/р -

l. medioclavicularis 5 м/р -

l. axilaris anterior 6 м/р 6 м/р

l. axilaris media 7 м/р 7 м/р

l. axilaris posterior 8 м/р 8 м/р

l. scapularis 9 м/р 9 м/р

l. paravertebralis 10 м/р 10 м/р

##### ПОДВИЖНОСТЬ ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

l. medioclavicularis 4 см -

l. axilaris media 5 см 5 см

l. scapularis 4 см 4 см

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации – везикулярное дыхание. Патологий не выявлено. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен.

Частота пульса 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок не смещен от среднеключичной линии (определяется на 1 - 1.5 см от среднеключичной линии).

Перкуссия: ***относительной тупости сердца:***

* правая граница на 1,5 см кнаружи от правого края грудины;
* левая граница на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии;
* верхняя - 3 м/р по l. Parasternalis sinistra.

***абсолютной тупости сердца:***

* правая граница на 2 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.
* Левая - 4 м/р на 3,5-4 см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra.
* Верхняя - на 5 ребре по l. Parasternalis sinistra.

Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме.

При аускультации 1 и 2 тоны ясные, акцента на аорте нет. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний.

Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА.

|  |  |
| --- | --- |
| о о к к с с с с  8 7 6 5 4 3 2 1 | с с с с к к 0 0  1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1  0 0 к к с с с с | 1 2 3 4 5 6 7 8  с с с к с к к 0 |

**О** - отсутствие зуба.

**К** – коронка.

**С –** свой зуб

Зубных протезов нет. Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. Имеется выбухание в правом подреберье .

Пальпация. Живот напряженный, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, не обнаружено. Положительны: симптом Ортнера (болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги) и симптом Мюсси (френикус-симптом). Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа. Слепую кишку пропальпировать не удалось. Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Край печени пропальпировать не удалось всвязи с рефлекторным напряжением мышц живота при попытках пальпации. Селезенка не увеличена. При перкусии: над областью живота тимпанический звук. Нижний край печени выходит за край правой реберной дуги на 2-3 см. Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, .

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

На основании жалоб больного на диспептические явления, боли при пальпации области живота и возникающие при приеме пищи, иррадиирующие под правую лопатку, можно думать о патологических процессах затрагивающие печень и желчный пузырь . При осмотре выявлено, что печень увеличена на 2-3 см в областе повышенной болезненности наблюдается гипертермия, напряженность мышц живота.

Также основываясь на жалобы больного на постояные боли с периодическим приступообразным усилением - желчные колики (в частности, после приема жирной пищи) в правой эпигастральной области, снимаемые приемом спазмолитиков, чувство горечи во рту; данных объективного обследования: участки гипералгии, соответствующие зонам Захарьина-Геда, желтушность кожных покровов и слизистых, наличие сосудистых звездочек, болезненность при пальпации правой эпигастральной области, положительные симптомы Ортнера и Мюсси, увеличение нижнего края печени на 2-3 см, можно поставить диагноз ЖКБ, калькулезный холецистит.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Холангиография.
4. Сонография.
5. Кровь на биохимический анализ.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Кукес В.Г. “Пропедевтика внутренних болезней”. Москва, “Медицина”, 1982 г.
2. Фёдорова П.В. журнал “Здоровье”, март 1998 г.
3. Воробьёв А.И., Гребнев А.А. “Пропедевтика внутренних болезней”. Москва, “Медицина”, 1982 г.
4. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.
5. А.И. Струков, В.В.Серов.”Патологическая анатомия” Москва, “Медицина”, 1995
6. Л.Д. Линденбратен, И.П. Королюк “Медецинская радиология и рентгенология” Москва, “Медицина”, 1995