Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 52года

Пол: женский

Постоянное место жительства: г. Москва

Профессия: инженер

Дата поступления: 6 октября 2000 года

**Жалобы**

На момент курации, больная предъявляет жалобы на продолжительные интенсивные приступообразные боли. Возникающие после приема пищи, через 2 часа. Локализованные в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу. Боли купируются самостоятельно. Тошноту, сухость во рту.

# История настоящего заболевания

Считает себя больной с 2 октября, когда почувствовала себя плохо. Слабость, тошноту, сухость во рту. На следующий день обратилась в поликлинику, при обследовании органов брюшной полости выявлены камни в желчном пузыре.

 В феврале 2000 года больная впервые отмечала появление острой, интенсивной, разлитой боли в правом подреберье, иррадиирующий, в поясницу. Приступ длился 20-25 минут и самостоятельно проходил. Тошноты, рвоты, повышение температуры не отмечалось. Больная 2 дня находилась дома, самостоятельно не лечилась. На другой день обратилась в поликлинику. При исследовании органов брюшной полости патологии не выявлено. С подозрением на патологию желчевыводящих путей больной было назначено лечение, антибиотик, эссенцеале форте. Больная лечилась в течение месяца, после чего состояние стабилизировалось.

Вечером 5 октября после приема пищи внезапно появились резкие интенсивные разлитые боли в правом подреберье иррадиирующие в поясницу. Отмечалось повышение температуры до 37.5 градусов, тошнота, сухость

 во рту. В связи, с чем больная вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в ГКБ с диагнозом острый холецистит. Желчнокаменная болезнь.

## История жизни

**Краткие биографические данные:**

Родилась в 1942 году, третьим ребенком в семье. Росла и развивалась без особенностей, от сверстников не отставала. Образование высшее.

**Семейно-половой анамнез:**

Менструальный цикл появился в 12 лет, с периодичностью 23 дня, длительностью 6 дней, количество отделений умеренное. В брак вступила в 40 лет. Детей нет. Климакс в 50 лет. В настоящий момент замужем, детей нет.

**Трудовой анамнез:**

Начала работать с 24 лет в Москве лаборантом, в НИИ. В 26 лет окончила институт и продолжила работать там же, инженером до пенсионного возраста. Условия и режим труда удовлетворительные. Профессиональные вредности не отмечает.

**Бытовой анамнез:**

Проживает в 2 –х комнатной квартире со всеми удобствами с мужем. Пребывание в зонах экологических бедствий отрицает.

**Питание:**

Режим не соблюдает, калорийное богатое жирной пищей, не регулярное.

**Вредные привычки:**

Курение, употребление наркотиков, токсикоманию, алкоголя отрицает.

**Перенесенные заболевания:**

В детском возрасте перенесла: корь, краснуха, скарлатина, дифтерия, грипп, ОРЗ.

Венерические болезни, туберкулез, гепатит отрицает. Кровь ранее не переливалась.

**Аллергический анамнез:**

Побочные реакции от медикаментов, пищевых продуктов, сывороток отрицает.

**Наследственность:**

Мать умерла в 71 год от острой почечной недостаточности. Отец погиб на фронте в 1942 году. Наследственность не отягощена.

**Настоящее состояние**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Положение активное.

Телосложение гиперстенический тип (рост 164 см. вес 95 кг.) Осанка прямая, походка медленная.

Температура тела 36.7 С.

Выражение лица спокойное.

Кожные покровы, ногти, видимые слизистые цианотичны. Пигментаций и депигментаций нет. Высыпаний, сосудистых звездочек, кровоизлияний, трофических язв, видимых опухолей нет.

Влажность кожи нормальная, тургор сохранен.

Ногти правильной формы, продольной исчерченности, «часовых стекол» не отмечается. Слизистые розовые, влажные, высыпаний нет. Тип оволосения по женскому типу.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.

Отеков нет. Небольшое отложение жира отмечается на животе, бедрах, ягодицах. При пальпации болезненности не отмечается.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые, надколенные) не пальпируются.

Зев и миндалины обычной окраски, припухлости и отеков нет.

Кости: деформации, припухлости, болезненности при ощупывании и покалачивании нет.

Суставы: конфигурация не изменена. Движения в пределах нормы, болезненности, хруста нет.

**Система органов дыхания**

**Осмотр**

Нос: форма носа не изменена. Дыхание через нос свободное. Отделяемое умеренное. Носовых кровотечений нет. Гиперемии на видимых слизистых нет.

Гортань: без видимых изменений. Голос тихий, чистый.

Грудная клетка: гиперстенического типа, выражены над и подключичные ямки, ширина межреберных промежутков умеренная. Эпигастральный угол прямой. Ключицы и лопатки выступают умеренно. Грудная клетка симметрична, искривление позвоночника не выявлено. Окружность 80 см., при максимальном выдохе 74 см. Экскурсия грудной клетки 6 см.

Дыхание: смешанного типа, число дыхательных движений 18 в мин. Дыхание ритмичное, средней глубины. Вдох более продолжительнее чем выдох.

**Пальпация**

Грудная клетка эластична. Болезненных участков нет. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

**Перкуссия**

Сравнительная: на симметричных участках грудной клетки - ясный перкуторный легочный звук.

Топографическая:

-Верхняя граница легких: справа слева

высота стояния верхушек спереди 2см. 2см.

высота стояния верхушек сзади на уровне 7 шейного позвонка

ширина полей Кренига 5см. 4см.

-Нижняя граница легких:

по окологрудинной линии край 6 ребра 6 ребра

по среднеключичной 7 реб. Не опред.

по передней подмышечной 7 реб. 7 реб.

по средней подмышечной 8 реб. 8 реб.

по задней подмышечной 9 реб. 9 реб.

по лопаточной 10 реб. 10 реб.

по околопозвоночной 11 реб. 11 реб.

Экскурсия нижнего края легких 3 см. 3 см.

**Аускультация**

Над всей поверхностью грудной клетки, на симметричных участках выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов не выявлено. Шума трения плевры не отмечается. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

**Система органов кровообращения**

**Осмотр**

Вены шеи не выбухают, положительного венозного пульса, «пляски каротид» нет. Выпячиваний в области сердца нет. Видимой пульсации в области верхушечного толчка, в эпигастральной области, в области восходящей части аорты, дуги аорты, легочной артерии нет. Дрожания в области сердца, болезненности при пальпации и зон гиперстезии нет.

**Пальпация**

Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье на 1 см. кнаружи от левой среднеключичной линии, не усиленный, не приподнимающий. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральная пульсация ослабевает на высоте глубокого вдоха, связана с пульсацией брюшной аорты. Пульсация в области восходящей части и дуги аорты, легочной артерии нет. Пульсации в дополнительной точке слева от грудины нет. Систолицеского дрожания на аорте и диастолического на верхушке нет.

**Перкуссия**

Относительная тупость сердца:

Границы относительной тупости сердца

* правая - на 1см. кнаружи от правого края грудины
* левая - на 1см. изнутри от левой среднеключичной линии
* верхняя - на уровне 3 ребра
* поперечник - 13см.
* ширина сосудистого пучка – 5см.

Конфигурация сердца нормальная.

Абсолютная тупость сердца:

Границы абс. тупости сердца

* правая – по левому краю грудины
* левая – на 1см. кнутри от левой границы относительной тупости
* верхняя- на уровне 4 ребра

**Аускультация**

Тоны сердца ритмичные, чсс 78 в мин.

1 тон - на верхушке приглушен

2 тон - на аорте акцентирован

Расщепления тонов нет, дополнительных тонов нет. Шумы не выслушиваются. Шума трения перикарда отсутствует. Ритма галопа нет.

**Исследование пульса**

Пульсация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий сохранены. Стенка артерий гладкая, эластичная. Пульсация аорты в яремной ямки не определяется, двойного тона Траубе и двойного Виноградова-Дюрозье на бедренных артериях не выслушиваются. Артериальный пульс на обеих руках симметричен, частота 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжения. Ад 130\80 мм. рт. ст. Вены шеи, гр. кл., брюшной стенки не расширены. Уплотнений и болезненности вен нет.

**Система органов пищеварения**

**Желудочно-кишечный тракт**

**Жалобы**

На интенсивные, продолжительные, приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу, возникающие после приема пищи через 2 часа, купирующиеся самостоятельно.

На тошноту, сухость во рту.

Жалоб на рвоту, отрыжку, изжогу, вздутие живота нет.

Аппетит сохранен.

Стул не регулярный, оформленный, коричневого цвета.

Жалоб на рвоту кровью, «кофейной гущей», черный стул нет.

**Осмотр**

Полость рта:

Язык сухой, обложен белым налетом у корня, розовый, сосочковый слой сохранен, язв и трещин нет.

Зубы требуют сонации.

Десна без патологических изменений.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики кишечника, желудка, венозных коллатералий нет. Окружность живота в области пупка 92 см.

**Перкуссия**

Над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический звук. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**Пальпация**

Поверхностная ориентировочная:

Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья, напряжения мышц брюшной стенки не отмечается. Расхождения прямых мышц живота нет. Пальпирующих опухолевидных образований не выявленно. Симптом Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицателен.

**Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Строжеско**

-Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, диаметром 3см. с ровной поверхностью, безболезнен, не урчит.

-Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде мелкого эластичного цилиндра, диаметром 3.5см. С ровной поверхностью, безболезнен, легко смещается, урчит при пальпации.Восходящая ободочная к-ка и нисходящая, диаметром 3см. При пальпации безболезненны, смещаются в пределах 2см.Поперечно-ободочная к-ка расположена на 2см ниже желудка. Плотная с гладкой поверхностью, безболезнена, диаметром 4см.Большая кривизна желудка расположена на 4см. выше пупка, гладкая, ровная, безболезнена. Привратник не пальпируется.

**Аускультация**

На всей поверхности живота выслушивается живая перистальтика. Шума трения брюшины, сосудистых шумов не выслушивается.

**Печень, желчный пузырь**

**Жалобы**

На интенсивные продолжительные приступообрезные боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу, возникающие после приема пищи через 2 часа, копирующиеся самостоятельно. На тошноту, сухость во рту. Жалоб на рвоту, отрыжку, желтуху, кожный зуд, изменений цвета мочи и кала нет.

**Осмотр**

Выпячивания в правом подреберье, ограничения в дыхании нет.

**Перкуссия**

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница печени абсолютной тупости по правой среднеключичной линии на уровне 6 ребра.

Нижняя граница печени абс. тупости по правой срединно-ключичной линии у края реберной дуги. По передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка. По лавой реберной дуге на уровне 9 рабра (левой парастернальной линии).

Поколачивание по правой реберной дуге: симптом Ортнера положительный.

**Пальпация**

Нижний край печени не выступает за реберную дугу, закругленный, мягкий, болезненный.

Поверхность печени не увеличена.

Размеры печени по Курлову:

-по краю срединно-ключичной линии- 10см.

-по передней срединной линии- 7см.

-по левой реберной дуге- 6см.

Желчный пузырь при пальпации резко болезненный, слегка увеличен, несколько уплотнен, плохо смещается. Симптомы: Кера, френикус-симптом, Мерфи, Мюсси, Ортнера, Лепене положительные.

**Аускультация**

Шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

**Селезенка**

**Осмотр**

Ограниченного выпячивания в области левого подреберья нет. Ограничения дыхания в этой области нет.

**Перкуссия**

Продольный размер – 6см. (по ходу 10 ребра)

Поперечный размер – 5см.

**Пальпация**

Не пальпируется.

**Аускультация**

Шум трения брюшины в области левого подреберья не выслушивается.

**Поджелудочная железа**

**Жалобы**

Жалоб на боли в верхних отделах живота слева, тошноту, рвоту, метеоризм, поносы, запоры нет.

**Пальпация**

При пальпации железа безболезнена, не увеличена, не уплотнена. С-ом Мейо- Робсона отрицательный.

**Система органов мочеотделения**

**Жалобы**

Жалоб на боли в области поясницы нет, нарушения мочеотделения нет, отеков нет.

**Осмотр**

Припухлости, выбухания. Гиперемии кожи, ассиметрии в поясничной и под лобковой области нет.

**Перкуссия**

Поколачивание в поясничной области безболезнено. Над лобком тимпанический перкуторный звук.

**Пальпация**

Почки и мочевой пузырь не пальпируется. Болезненности по ходу мочеточечника и в реберно-позвоночной точки нет.

**Система половых органов**

**Жалобы**

Жалоб на боль в области низа живота, в паху, пояснице, крестце, в области наружных половых органов нет. Половая функция нормальная. Молочные железы развиты умеренно, кожные покровы бледно розового цвета. Пигментации, локальных отеков, в виде «лимонной корочки», втяжений не наблюдается.

**Эндокринная система**

**Жалобы**

Жалоб на нарушение роста, телосложения, похудания, жажды, чувство голода, ощущение жара, потливости, озноба, судорог, мышечную слабость нет.

**Осмотр**

Нарушение роста, телосложения, диспропорциональности частей тела, ожирения, акромегалии нет.

**Пальпация**

При пальпации щитовидной железы она не увеличена, безболезнена.

**Нервная система**

Жалоб на головные боли, головокружение нет. Нарушение сна, чувствительности не выявлено.

**Данные инструментальных и лабораторных методов исследования**

**Ректальное исследование**

Сфинктор тоничен. Патологии на высоте пальца нет. Ампула свободна. Кал на перчатке обычного цвета.

**Гинекологическое исследование**

Влагалище емкое. Своды не нависают, без болезненны. Тракция за шейку матки безболезненна. Инфильтративных изменений нет. Данных за острую патологию не выявленно. Выделений нет.

**Предварительный диагноз**

Острый калькулезный холецистит. Желчнокаменная болезнь.

**План обследования**

Исходя из предварительного диагноза с целью установления окончательного клинического и проведения дифференциального диагноза больной было назначено:

* общий анализ крови
* биохимический анализ крови
* общий анализ мочи
* ЭГДС
* УЗИ органов брюшной полости
* РХПГ
* Рентгенография грудной клетки
* ЭКГ
* консультация терапевта
* дуоденальное зондирование

**Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

**Общий анализ крови:**

* эритроциты- 4,0 \* 10 /л
* гемоглобин- 140 г/л
* цв. Показатель- 0,9
* лейкоциты- 9000/мкл
* палочкоядерные- 3 %
* сегментоядерные- 55 %
* эозинофилы- 2 %
* базофилы- 0
* лимфоциты- 37 %
* моноциты- 5%
* СОЭ- 16 мм/ч

**Общий анализ мочи:**

* цвет - соломенно-желтый
* прозрачность - мутная
* относительная плотность- 1016
* реакция - кислая
* белок - отсутствует
* эпителий - единичный в поле зрения
* глюкоза - отсут.
* били рубин - отсут.
* уробилин - отсут.
* ацетон- отсут.
* лейкоциты- 0-2 в п.з.
* эритроциты- единичные
* слизь- отсут.
* соли- оксалаты в небольшом кол-ве

**Биохимический анализ крови:**

* белок общий- 64,7 г\л
* альбумины- 62,1 г/л
* остаточный азот- 20,4 ммоль/л
* мочевина- 3,6 ммоль/л
* креатинин- 0,14 ммоль/л
* мочевая к-та- 0,21 ммоль/л
* фибриноген- 2,0 г/л
* глюкоза- 4,2 ммоль/л
* липиды общ.- 5 г/л
* триглицериды- 2,7 ммоль/л
* холестерин общ.- 20 ммоль/л
* фосфолипиды общ.-1,1 ммоль/л
* билирубин общ.- 16,8-0-16,8
* щелочная фосфатаза- 155 нмоль/с\*л
* АЛТ- 140 нмоль/с\*л
* АСТ- 65- ммоль/л
* Амилаза- 14,2 г/л

**ЭГДС**

Патологии со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта не выявленно.

**Рентгенограмма грудной клетки:**

Тень однородна без особенностей. Легочные поля прозрачны. Корни не расширенны. Диафрагма подвижна.

**Консультация терапевта:**

Данных за терапевтическую патологию не выявлено.

**ЭКГ:**

Ритм синусовый 70 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Умеренная ишемия миокарда.

**УЗИ органов брюшной полости:**

**Клинический диагноз и его обоснование**

**Основное заболевание:**

Желчнокаменная болезнь. Купирующийся приступ печеночной колики.

Диагноз поставлен на основании:

**1.**Жалоб больного на интенсивные, продолжительные, приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясницу. Возникающие после приема пищи через 2 часа, купирующиеся самостоятельно. Тошноту, сухость во рту. Данные жалобы, указывают на патологический процесс в брюшной полости. И выраженный болевой синдром.

**2.**Анамнестических данных: погрешности в диете, не регулярный режим питания, малоподвижный образ жизни, сидячая работа. Эти факторы способствуют застою желчи и благоприятствуют образованию камней.

**3.**Данных общего осмотра: возраст больной, гиперстеничное телосложение, избыточный вес (вес 95 кг. при росте 164 кг), Отложение жира на животе, бедрах, ягодице. При пальпации живота отмечается болезненность в области правого подреберья. Язык обложен белым налетом вследствие поражения желудочно-кишечного тракта.

**4.**Лабораторных данных: биохимический анализ крови – холестерин общий 20 ммоль/л, триглицериды 2,7 ммоль/л, фосфолипиды 1,1 ммоль/л. УЗИ – в просвете желчного пузыря конкременты диаметром –1,6 и 1,0 см.

Выше изложенные данные указывают на поражение желчного пузыря больной диагносцированна желчнокаменная болезнь, купирующийся приступ печеночной колики.

**Дифференциальный диагноз**

Желчнокаменная болезнь, приступ печеночной колики сопровождается рядом основных клинических проявлений: приступообразные интенсивные боли в правом подреберье, после погрешности в диете, иррадиирующие в поясницу, купирующиеся спазмолитиками или самастоятельно. Тошноту, рвоту не приносящая облегчение, появление субфебрильной температуры 37 градусов или нормальная, умеренная тахикардия 100 ударов в минуту, язык влажный обложен белым налетом, при осмотре обращает на себя внимание некоторое вздутие живота, правая половина брюшной стенки отстает в акте дыхания. При пальпации живота резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Выявляются положительные симптомы Ортнера, Мюсси, Лепене, Кера, Мэрфи, симптомов раздражения брюшины нет, количество лейкоцитов в крови нормальное. Из выше перечисленных данных о клинической картине можно дифференцировать следующие заболевания:

О.гастрит – боль появляется через несколько минут или (30-40мин.) после еды и локализуется непосредственно под мечевидным отростком.

Панкреатит – интенсивные боли, опоясывающего характера, чаще локализованные в левой половине эпигастнрия.

Перфоративная язва желудка и 12 перстной кишки – резкая постоянная «кинжальная» боль в эпигастральной области или в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины положительные. Отмечается повышение температуры тела.

Почечная колика – боли острые приступообразные внезапно начинаются и внезапно проходят. Локализуются в пояснице, при поражении правой почки, может отдавать в правое подреберье. Иррадиируют боли вниз в паховую область, половые органы. Отмечаются дизурические явления.

Инфаркт миокарда, задней стенки левого желудочка – интенсивная, приступообразная «кинжальная» боль в области мечевидного отростка. Может иррадиировать в правое подреберье, шею, под лопатку. Страх смерти, сердцебиение, одышка. Боль не купируется нитроглицерином, спазмолитиками.

О.калькулезный холецистит – интенсивные продолжительные (несколько суток), приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема пищи через 2 часа, иррадиирующие в поясницу. Гипертермия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Правосторонний плеврит – острая интенсивная боль, в нижней половине грудной клетки. Усиливающееся при дыхании, особенно при сгибании больного в здоровую сторону. При аускультации шум трения плевры, лейкоцитоз.

О.гастрит - на ЭГДС патологии ЖКТ не обнаружено. Консультация терапевта - терапевтической патологии не выявлено.

Панкреатит - симптом Мейо-Робсана отрицателен. Анализ крови – нет симптома воспаления, биохимия не изменена. УЗИ изменений не обнаружено.

Перфоративная язва желудка и 12 перстной кишки - УЗИ патологии невыявленно.

Почечная колика - УЗИ органов брюшной полости без патологии. Анализ мочи без особенностей. При пальпации болезненности в области поясницы не отмечается.

Инфаркт миокарда - ЭКГ – патологии со стороны сердечно сосудистой системы не выявлено. Консультация терапевта - терапевтической патологии не обнаружено.

О. калькулезный холецистит - анализ общей крови, биохимия крови без изменений. УЗИ органов брюшной полости - стенка пузыря не утолщена, эхогенность не повышена.

Правосторонний плеврит - на рентгеноскопии органов дыхания патологии со стороны легких не выявлено. Консультация терапевта - терапевтической патологии не обнаружено.

На основании сопоставления клинической картины, с клиническими признаками указанных сходных заболеваний больной поставлен диагноз: желчнокаменная болезнь. Приступ купирующейся печеночной колики.

**Этиология и патогенез**

Морфологическим субстратом ЖКБ являются конкременты желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Желчные конкременты состоят из обычных компонентов желчи – биллирубина, холестерина, кальция. Чаще всего встречаются смешанные камни, содержащие в большей или меньшей пропорции указанные ингредиенты. При значительном преобладании одного из компонентов говорят о холестериновых (около 90 %), пигментных или известковых конкрементах. Их размеры широко варьируют от 1-2 мм до 3-5 см. Форма может быть округлой, овальной, в виде многогранника и т. д.

 Основным местом образования желчных конкрементов является желчный пузырь, реже – желчные пути. Выделяют три основных причины их образования: нарушение обмена веществ, воспалительные изменения эпителия желчного пузыря и застой желчи. При нарушении обмена веществ основное значение имеет не столько величина гиперхолестеринемии, сколько изменение соотношения в желчи концентрация холестерина, фосфолипидов (лецитина), и желчных кислот. Желчь становится литогенной, т. е. Пересыщенной холестерином, который легко выпадает из нарушенного коллойда желчи в виде кристаллов, при увеличении в ней концентрации холестерина и уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот. Чаще желчнокаменная болезнь развивается у больных с такими заболеваниями как обмен веществ, диабет, ожирение, гемолитическая анемия.

 Повреждение стенки желчного пузыря также имеет немаловажное значение в генезе ЖКБ. У подавляющегося большинства больных желчь является инфицированной. Инфекция приводит к повреждению стенки желчного пузыря, слущиванию её эпителия. При этом возникают так называемые первичные ядра преципитации (бактерии, комочки слизи, клетки эпителия), служащие основой для выпадения в виде кристаллов основных частей желчи, находившихся до этого в колойдном состоянии. Кроме того, повреждение стенки желчного пузыря нарушает процесс всасывания некоторых компонентов желчи, изменяет их физико-химическое соотношение, что способствует камнеобразованию. Образовавшиеся камни в желчном пузыре способствуют нарушению оттока желчи из желчного пузыря тем самым, вызывая болевой приступ (приступ печеночной колики). Длительный застой желчи играет определённую роль в литогенезе, облегчая выпадение в кристаллы составных частей будущего конкремента, их длительное нахождение в просвете пузыря. Кроме того, при холестазе может повышаться и концентрация холестерина, биллирубина, кальция, что увеличивает литогенность желчи. Этому способствует прием жирной, соленой пищи, а также сидячий образ жизни, наследственная предрасположенность.

**План лечения.**

 При остром приступе печеночной колики, при отсутствии симптомов перитонита проводится консервативное лечение, направленное на купирование болей в желчном пузыре или желчных протоках. С этой целью в/м вводят спазмолитики (платифиллин, но-шпу, баралгин, папаверин). На область правого подреберья кладут пузырь со льдом. Для дезинтоксикации и парентерального питания назначают ин фузионную терапию в общем, объёме не менее 2,0 – 2,5 л. раствора в сутки. При часто повторяющихся тяжелых приступах проводится хирургическое лечение в период ремиссии. Применяется так же эндоскопическая папилотомия.

Дробление камней ультразвуком, если камни маленькие и в небольшом количестве.

 Если в течение двух суток состояние больного не улучшается, не смотря на проводимое интенсивное лечение, проводится оперативное лечение с целью предотвращения гангренозного, перфоративного холецистита и развития желчного перитонита. При этом необходимо учитывать возраст больного и наличие сопутствующих заболеваний.

 При латентной форме заболевания основой лечения является диетотерапия (диета № 5, исключение из рациона пряностей, копченостей, жиров животного происхождения, дробное питание до 5-6 раз в сутки, минеральные воды). При болях показано холод на область желчного пузыря, спазмолитические средства.

Применяются физиотерапевтические методы лечения: УВЧ, диатермия, индуктотермия, грязелечение и минеральные ванны.

 При отсутствии признаков обострения - санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Боржоми, Трускавец и др.).

 **Назначено лечение:**

**Консервативное*:***

 -Режим постельный

 -Стол 5

 -Купирование болевого синдрома -

 папаверин 2,0 \* 3 р.; платифиллина гидротартрат 1,0 \* 3 р. внутримышечно.

 - Лёд на область правого подреберья.

 - Дезинтоксикационная терапия -

 щелочные минеральные воды, внутривенное капельное введение раствора Рингера 400, 5 % р – ора глюкозы 400 мл, витамины – B1, B6 по 3,0

  **Дневник.**

**16*.* 10. 2000 г.**

Общее состояние больной удовлетворительное. Жалоб новых не предъявляет. Отмечает значительное уменьшение болей по сравнению с моментом начала заболевания.

Температура - 36,7°. АД 130/80 мм. рт.ст. Пульс - 84 удара в минуту, ритмичный, напряженный.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, мало болезненный. При глубокой пальпации в правой подреберной области - слабо выраженная болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Симптом Ортнера «+ «.

Физиологические отправления самостоятельные.

**17*.* 10. 2000 г.**

Общее состояние больной удовлетворительное. Жалобы на ноющие боли в правом подреберье.

Температура - 36.6°. АД 130/80 мм. рт.ст. Пульс - 82 удара в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, кроме правой подреберной области, где отмечается болезненность. Физиологические отправления самостоятельные.

**18*.* 10. 2000г.**

Общее состояния удовлетворительное. Жалоб на ноющие боли в правом подреберье не предъявляет.

Температура - 36.6°. АД 130/80 мм. рт.ст. Пульс - 82 удара в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления самостоятельные.

**Эпикриз.**

Больная Х. 58 лет поступила в хирургическое отделение 06. 10. 2000 г. с жалобами на интенсивные продолжительные приступообразные боли в правом подреберье, через 2 часа после приема пищи. Иррадиирующие в поясницу. С диагнозом ЖКБ. О калькулезный холецистит.

В стационаре проведено обследование.

Клинический диагноз: желчнокаменная болезнь, приступ купирующейся печеночной колики.

Проводится консервативное лечение, направленное на купирование болевого синдрома, снятие интоксикации, нормализацию АД.

Состояние больной улучшилось. Показаний для экстренной хирургической операции нет. Показана плановая операция, холецистоктомия.

**Список литературы:**

Большая медицинская энциклопедия.

Учебная литература.