**Паспортная часть.**

ФИО : \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: 39 лет \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Пол: женский

Профессия.Место работы: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Домашний адрес: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата поступления:18.04.06

Дата выписки:25.04.06

Кем направлен: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Предварительный диагноз: желчекаменная болезнь.

Клинический диагноз:

-основной:ЖКБ, хронический калькулезный холецистит

-осложнения: нет

-сопутствующие заболевания: нет

Название операции: лапароскопическая холецистэктомия

Исход болезни: выздоровление

Трудоспособность: востановлена

**Жалобы больного.**

Больная предъявляет жалобы на тяжесть в в эпигастральной области,колющую боль появляющуюся после приема жирной пищи ,физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой. Приступ проходит самостоятельно через 30 – 60 минут. Ощущение сухости во рту в основном утром; слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез настоящего заболевания.**

Больной себя считает с 2003 года, когда впервые при погрешности в диете возникли боли в эпигастрии, которые проходили самостоятельно через 30-60 минут. По поводу данных болей обратился в поликлинику по месту жительства, где было проведено амбулаторное лечение (какое именно больная вспомнить затруднился). Проведенное лечение имело временный положительный эффект: весной отмечает обострение заболевания.

В поликлинике по месту жительства в 2003 году проведено УЗИ которое выявило наличие камней в желчном пузыре.На основании анамнеза и исследований был поставлен диагноз: ЖКБ. Лечилась амбулаторно.До 2005 года, в связи с отсутствием болей, не принимала никаких лекарственных препаратов.

В 2006 году весной боль стала возникать чаще,проводимое амбулаторное лечение было неэффективно,в связи с чем больная была госпитализирована,для оперативного лечения в плановом порядке.

**Анамнез жизни больного.**

Родилась в 1967 году \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, вторым ребенком в семье. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. Окончила среднюю школу. Получила среднее образование. В данное время проживает в благоустроенной квартире. В настоящее времяработает в детском саду воспитателем. Питание регулярное-4 раза в день, преобладает жидкая пища. Соблюдает личную гигиену тела.

Семейное положение-замужем,есть двое детей.Состояние здоровья близких родственников удовлетворительное.

Месячные с 14 лет, регулярные, установились сразу, безболезненные, умеренные. Беременности две ( в 1987 и 1999 годах), настоящии, протекали нормально, закончились родами. Абортов, выкидышей не было.

Гепатит, туберкулёз, венерические заболевания заболевания отрицает. ВИЧ-анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает.Болела простудными заболеваниями,хроническим тонзелитом.

Не курит. Алкоголь употреблял умеренно (3-4 раза в год).Наркотики, снотворные не употребляет. Токсикоманию и другие вредные привычки отрицает.

# Объективное исследование

## ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больной удовлетворительное, положение активное. Телосложение нормостеническое.

Температура тела 36,7оС. Рост 165см. Масса тела - 54 кг.

Кожные покровы бледно-розовые, эластичные, умеренной влажности, без патологических высыпаний. Конъюнктива век с обеих сторон бледно-розовой окраски. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки пальцев кистей без патологических изменений. Кожа эластична, тургор в норме.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Толщина жирового слоя у пупка - 1,5см, в области угла лопатки - 3см. Отеков нет.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные. подподбородочные, шейные передние и задние, надключичные, подключичные, субпекторальные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные) не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофий, гипертрофий мышечного аппарата, уплотнений в толще мышц не выявлено. Тонус мышц верхних конечностей в норме.

При исследовании костей (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, конечности) утолщений, деформаций не выявлено. Болезненность при пальпации, перкуссии и нагрузке по оси не возникает.

Суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними бледной окраски. Соотношение суставных концов правильное. Пальпации над областью суставов безболезненна. Движения в суставах (активные и пассивные) в полном объеме, безболезненны.

Щитовидная железа не визуализируется, не видна при глотании, не пальпируется.

## ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надчревный угол 90 Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Ход ребер под 45.Межрёберные промежутки не расширены. Ширина межрёберных промежутков 1.5 см. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Дыхание через нос свободное, ровное, нормальной глубины, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту. Тип дыхания-грудной.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. Бронхофония над симметричными участками с обоих сторон проводится одинаково слабо.

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Выпячивания, видимой пульсации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Границы относительной сердечной тупости:  
Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.  
Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. Parasternalis sinistrae  
Левая - в 5-м межреберье на 3 см левее среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:  
Правая - по левому краю грудины.

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Левая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Аускультативно во всех точках выслушиваются ясные ,ритмичные тоны. Частота сердечных сокращений 80 удара в минуту.Шумов нет. Шум трения перикарда не выслушивается.

Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. на левой руке, а на правой 120/70 мм.рт.ст.

Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

Проба Штанге:хорошая.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр ротовой полости: язык обычной формы и величины, влажный, чистый. Трещин и язв на языке нет. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот обычной формы, симметричный с обеих сторон, в акте дыхания участвует. Расширения подкожных вен нет. Рубцов нет.

Пальпаторно:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.Грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота нет. Болезненность в точках Боаса, Опенховского, Гебста и в зоне Шоффара отсутствует. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского отрицательные.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка, не урчащая, диаметром 2 см. Слепая кишка, аппендикс, поперечно-ободочная кишка, конечный отдел тонкой кишки не пальпируются. Привратник, малая и большая кривизны желкдка не пальпируются. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупка. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуторно:

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника умеренная, шум плеска не определяется, шума трения брюшины нет.

Видимого увеличения области печени и пульсации не наблюдается.

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Край плотный округлой формы, ровный болезненности нет. Размеры печени по Курлову:

1-й вертикальный - 9см;

2-й вертикальный - 8см;

косой - 7см.

Селезенка в левом подреберье не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии слева.

Per rectum: тонус сфинктера прямой кишки в норме,ампула прямой кишки свободная, нависаний нет. На перчатке кал обычного цвета.

## МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Осмотрена гинекологом: клинически здорова.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**.

Щитовидная железа не пальпируется.Симптомы Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе отрицательные. Экзофтальма, тремора рук и отека лица нет.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Со стороны других желез изменений нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Настроение хорошее. Ориентация в пространстве правильная. Больная контактна. Развита в соответствии с возрастом. Речь- монотонная. Бессонницу не отмечает.

Поза Ромберга устойчивая. Координация движений правильная.

Зрачки одинаковые, реагируют на свет. Рефлексы Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Брудзинского не определяются.

Зрения, слух и обоняние- в норме. Болевая и температурная чувствительность сохранена. Болезненности по ходу тройничного нерва нет. Регидности мышц затылка нет.

**МЕСТНЫЙ СТАТУС.**

Отсутствует.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Анализ крови на реакцию Вассермана и ВИЧ.

4.Флюорография грудной клетки

5.Группа крови, резус фактор

6.биохимическое исследование крови (глюкоза, мочевина, билирубин, амилаза, АСТ, АЛТ)

7.коагулограмма

8.ЭКГ

9. Обзорное рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости.

10. Анализ кала на яйца глистов.

11. Фиброгастроскопия.

12. УЗИ желчного пузыря.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**.

1. Общий анализ крови (14.04.06):

Эритроциты:4,32\*10/л

Гемоглобин - 136,0г/л;

лейкоциты - 4,9\*109/л;

нейтрофилы:

палочкоядерные - 4%,

сегментоядерные - 55%,

эозинофилы - 1%;

лимфоциты - 37%;

моноциты - 3%;

СОЭ – 11 мм/ч.

Заключение: показатели в пределах нормы

2. Обший анализ мочи (14.04.06):

Цвет соломенно-желтый,

количество - 200мл,

относительная плотность - 1015;

реакция щелочная;

белок - отрицательный;

глюкоза - нет;

лейкоциты - 4-5 в п/з;

эритроциты - нет;

цилиндры - гиалиновые.

Заключение: показатели в пределах нормы

3. Биохимический анализ крови (14.04.06):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5ммоль/л

Креатинин 68ммоль/л

Общий билирубин 10,5мкмоль/л

АлАТ 85нмоль/с\*л

АсАТ 82нмоль/с\*л

Щелочная фосфатаза 2,3нмоль/с\*л

Глюкоза 4,61ммоль/л

Заключение: показатели в пределах нормы

4.ЭКГ (14.04.06):

Ритм синусовый,правильный, частота сердечных сокращений – 80 ударов в мин положение электрической оси сердца нормальное.

Заключение: ЭКГ без патологии

5. RW 14.04.06.-отрицательная

6. ФЛГ от 10.04.06 .№ 3922 Органы грудной клетки без патологии.

7.Группа крови (14.04.06) ОВ (111) Rh (+)

8.Консультация гинеколога (10.04.06):клинически здорова

9.От ФГДС отказалась.

10. Анализ кала на яйца глист (14.04.06): яйца глист не обнаружены

11.УЗИ (10.04.06): ЖКБ. Калькулёзный холецистит

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

На основании:

1.Жалоб больной на тяжесть в в эпигастральной области,колющую боль появляющуюся после приема жирной пищи ,физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой. Приступ проходит самостоятельно через 30 – 60 минут. Ощущение сухости во рту в основном утром; слабость, быструю утомляемость.

2.Анамнестических данных:боли появились впервые три года назад,что свидетельствует о хроническом течении процесса;

3.Данных инструментальных методов обследования больной: в частности данных УЗИ (заключение- ЖКБ. Калькулёзный холецистит)

можно поставить клинический диагноз :

-основной: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит

-осложнения: нет

-сопутствующие заболевания: нет

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Проводится между предполагаемом заболеванием, язвенной болезнью 12-перстной кишки и желудка и хроническим панкреатитом,мочекаменной болезнью и дискинезия желчных путей.

Для хронического панкреатита характерно:

1. На ранних стадиях проявляется приступами острого панкреатита.
2. Особенности болевого синдрома (сильные постоянные опоясывающие боли и боли в эпигастральной области, сопровождаемые тошнотой и рвотой).
3. Язвенно-подобный болевой синдром (голодные или ранние боли, ночные боли)
4. Болевой синдром по типу левосторонней почечной колики
5. Положительные симптомы де Мюсси, Кача, Гротта.
6. Стеаторея.
7. Синдром мальабсорбции.
8. Проявления сахарного диабета
9. При тонкой брюшной стенки пальпируют плотную и болезненную головку поджелудочной железы.
10. Лабораторные данные (увеличение активности амилаз крови и мочи; гипопротеинемия и диспротеинемия за счет повышенного содержания глобулинов; нарушение толерантности к глюкозе; стеаторея, креаторея).

Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно

1. Голодные, ночные, поздние боли. Субъективно боль воспринимается как чувство жжения в эпигастральной области.
2. Рвота на высоте боли, приносящая облегчение
3. Неопределенные диспепсические жалобы – отрыжка, изжога, вздутие живота
4. Частые запоры
5. Астеновегетативный синдром
6. Отмечают периоды ремиссии и обострения, последние продолжаются несколько недель. Существует сезонность заболевания (весна и осень)

Для язвенной болезни желудка характерно:

1. Боль в эпигастрии
2. При язвах кардиальной области и задней стенки желудка - появляется сразу после приема пищи, локализуется за грудиной, может иррадиировать в левое плечо
3. При язвах малой кривизны боли возникают через 15-60 минут после еды.
4. Умеренная локальная болезненность и мышечная защита в эпигастрии.

Для мочекаменной болезни характерно:

1. Боли в поясничной области (постоянная или в виде почечной колики)
2. Гематурия –при повреждении эпителия мочевых путей
3. Пиурия – при присоединении воспалительных осложнений
4. Дизурия (резь при мочеиспускании, поллакиурия)

В основе развития дискинезии лежат нарушения сложной иннервации сфинктров желчных путей.Клинически дискинезии желчных путей характеризуются периодически возникающими желчными коликами, которые могут быть значительной степени и симулируют желчнокаменную болезнь. Болевые приступы часто возникают в связи с сильными эмоциями и другими нервно-психическими моментами реже они появляются под влиянием значительных физических нагрузок. При дискинезиях желчных путей более рельефно выделяется связь возникновения болевого синдрома с отрицательными эмоциями, отсутствие напряжения брюшной стенки во время желчной колики, отрицательные результаты дуоденального зондирования и главным образом данные контрастной холецистографии, не выявляющей конкрементов.

Хронический калькулезный холецистит также необходимо дифференцировать с другими заболеваниями, при которых может наблюдаться сходство клинической картины: *почечная колика*, *острый и хронический аппендицит*.

Почечная колика - приступ чаще всего развивается неожиданно, в виде сильных болей в поясничной области, но иногда предшествует нарастающий дискомфорт в области почки. Нередко провоцируют приступ бег, ходьба, поднятие тяжести, езда; интенсивность боли при почечной колике быстро нарастает, больной мечется, не находит себе места; боль локализуется в поясничной области, но затем перемещается вниз по ходу мочеточника, иррадиирует в паховую область и половые органы; при пальпации и поколачивании в области почки боль усиливается. При исследовании мочи обнаруживаются эритоциты, незначительная протеинурия, соли, сгустки крови.

Острый и хронический аппендицит - боли начинаются в эпигастральной области, затем локализуются в правой подвздошной области, носят постоянный характер, усиливаются при кашле, ходьбе, тряской езде; иррадиация болей нехарактерна; наблюдается тошнота и рвота, температура обычно субфебрильная. Живот напряжён и болезнен в правой подвздошной области, выявляются симптомы раздражения брюшины; боли усиливаются при положении больного на левом боку, а также при пальпации в правой подвздошной области.

Данные описанных выше симптомов позволяют дифференцировать наше заболевание от выше перечисленных.

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ***.*

Планируется выполнение лапароскопической холецистэктомии под ЭТН.

1.Режим-палатный

2. Диета –стол N 5, полностью исключающая жирные и жареные блюда, желательно преобладание растительной пищи

3. Для купирования болевого приступа показано назначение ненаркотических анальгетиков(анальгин, баралгин) и спазмолитиков(платифиллин, но-шпа).:

Sol. Platyphyllini 0,2% - 2,0 в/м, Sol. Baralgini 5,0 в/м

***Показания к операции***

Установленный диагноз (ЖКБ.Хронический калькулезный холецистит) требует оперативного лечения.

***Предоперационный эпикриз.***

Больная поступила в ГГКБ№3 в плановом порядке с диагнозом: желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит.Предъявляла жалоба на тяжесть в в эпигастральной области,колющую боль появляющуюся после приема жирной пищи ,физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой. Приступ проходит самостоятельно через 30 – 60 минут. Ощущение сухости во рту в основном утром; слабость, быструю утомляемость.

Считает себя больной с 2003 года.Лечилась консервативно,лечение не было эффективным.В связи с обострениями заболевания рекомендовано оперативное вмешательство.

Пациентка обследована.Противопоказаний к операции нет. Планируется выполнение лапороскопической холецистэктомии. Риск операции 2 степени.Согласие больной на операцию получено. Оперативное вмешательство будет проведено под ЭТН, доступ стандартный.

***Заключение анастезиолога***:

До настоящего момента операций наркозов, травм не было. Наличие аллергическихреакций отрицает, гемотрансфузии не проводились.

С целью премидикации за 30 минут до операции введено в мышцу:

Sol.Promedoli-2%-1,0 ml

Sol.Dimedroli 1%-2,0 ml

Sol.Atropini sulfatis0?1%-0,8ml

***Ход операции:***

Дата.19.04.06

Время начала:12.30

Продолжительность:30 минут

Метод обезбаливания:ЭТН+ИВЛ

Осложнения не выявлены

Операция: плановая.

После наложения пневмоперитонеума в брюшную полость введены трокары:№10-выше пупка по средней линии и в с/3 по средней линии выше пупка.№5-справа в подвздошной области и в проекции желочного пузыря.

Холецистэктомия от шейки.

С помощью коагуляции по-отдельности выделены желчный проток и пузырная артерия,клипированы,пересечены.Желчный пузырь отдален от ложа.

Туалет брюшной полости

Дренажная трубка в правое подпеченочное пространство.

Желчный пузырь удален из брюшной полости.Швы на кожу. Асептическая повязка.

ПРЕПАРАТ:желчный пузырь размерами 8 на 3 см

В просвете колгромерат до 1,5 см в диаметре.

**ДНЕВНИКИ**

20.04.06.

Состояние больной средней степени тяжести,соответствует тяжести перенесенной операции; больная контакна, адекватна. АД110/70 мм. рт.ст;Пульс 78 ударов в минуту;Температура 36,6° С.

Предъявляет жалобы на тянущие боли средней интенсивности на месте послеоперационного разреза,ощущение тяжести в животе, вздутия,слабость.

Дыхание везикулярное,хрипов нет.ЧД=16 в минуту.

Тоны сердца ясные,ритмичный,частота сердечных сокращений-78 ударов в минуту

При поверхностной пальпации болезненность в эпигастрии, правом подреберье. Перитонеальные симптомы отсутствуют, данных за наличие свободной жидкости в брюшной полости нет.

Диурез – два раза за день; перистальтика не выслушивается.Стула нет.

Операционная рана: признаки асептического воспаления – слабо выраженная гиперемия, отек. Повязка пропитана небольшим количеством серозно-геморрагического экссудата

21.04.05

Общее состояние больной удовлетворительное.АД105/70 мм. рт. ст.;Пульс 72 удара в минуту;

Температура 36,5°С; Над всей поверхностью легких выслушиваеться везикулярное дыхание,хрипов нет,ЧД=17 в минуту; тоны сердца ритмичные,чистые.ЧСС=72 удара в минуту.

Жалобы на: тянущие боли в области пупка средней интенсивности. При поверхностой и глубокой пальпации болезненность в правом подреберье, в области операционной раны около пупка. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Первый стул после операции, скудный. Выслушивается перистальтика кишечника.

Диурез четыре раза за день

Операционная рана: признаки асептического воспаления; небольшое количество серозного экссудата

24.04.06

Состояние больной удовлетворительное,боли в области живота уменьшились.АД.120/80 мм. рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту. Температура 36,6°С.

Дыхание везикулярное,хрипов нет. ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные,ритмичные,ЧСС-78 ударов в минуту. При поверхностной и глубокой пальпации болезненность в области правого подреберья и операционных ран; перитонеальные симптомы отсутствуют.

Диурез и стул регулярно

Операционная рана: заживает первичным натяжением; Повязка сухая.

25.04.06

Состояние больной удовлетворительное,отмечает исчезновение болей в области живота. АД110/70 мм. рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. Температура 36,6°С.

Над всей поверхностью легких выслушиваеться везикулярное дыхание,хрипов нет.ЧД= 18 в минуту.Тоны сердца ясные,ритмичные,ЧСС-70 ударов в минуту.

Живот мягкий при пальпации безболезненный.

Стул и диурез в норме.

Выписка 25.04.06.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни благоприятный, т.к. нет угрозы развития осложнений, опасных для жизни.

Прогноз в отношении трудоспособности – больная временно нетрудоспособна, после выздоровления сможет вернуться на прежнюю работу.

**ЭПИКРИЗ:**

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступила в 18.04.06. При поступлении предъявляла жалобы на тяжесть в в эпигастральной области,колющую боль появляющуюся после приема жирной пищи ,физической нагрузки или психоэмоциональном напряжении, сопровождающуюся тошнотой. Приступ проходит самостоятельно через 30 – 60 минут. Ощущение сухости во рту в основном утром; слабость, быструю утомляемость.Из анамнеза известно,что она более ЖКБ в течении трех лет.

Были проведены следующие исследования:

1.Общий анализ крови (14.04.06):

Эритроциты:4,32\*10/л

Гемоглобин - 136,0г/л;

лейкоциты - 4,9\*109/л;

нейтрофилы:

палочкоядерные - 4%,

сегментоядерные - 55%,

эозинофилы - 1%;

лимфоциты - 37%;

моноциты - 3%;

СОЭ – 11 мм/ч.

Заключение: показатели в пределах нормы

2. Обший анализ мочи (14.04.06):

Цвет соломенно-желтый,

количество - 200мл,

относительная плотность - 1015;

реакция щелочная;

белок - отрицательный;

глюкоза - нет;

лейкоциты - 4-5 в п/з;

эритроциты - нет;

цилиндры - гиалиновые.

Заключение: показатели в пределах нормы

3. Биохимический анализ крови (14.04.06):

Общий белок 69г/л

Мочевина 5,5ммоль/л

Креатинин 68ммоль/л

Общий билирубин 10,5мкмоль/л

АлАТ 85нмоль/с\*л

АсАТ 82нмоль/с\*л

Щелочная фосфатаза 2,3нмоль/с\*л

Глюкоза 4,61ммоль/л

Заключение: показатели в пределах нормы

4.ЭКГ (14.04.06):Ритм синусовый,правильный, частота сердечных сокращений – 80 ударов в мин положение электрической оси сердца нормальное. Заключение: ЭКГ без патологии

5. RW 14.04.06.-отрицательная

6. ФЛГ от 10.04.06 .№ 3922 Органы грудной клетки без патологии.

7.Группа крови (14.04.06) ОВ (111) Rh (+)

8.Консультация гинеколога (10.04.06):клинически здорова

9.От ФГДС отказалась.

10. Анализ кала на яйца глист (14.04.06): яйца глист не обнаружены

11.УЗИ (10.04.06): ЖКБ. Калькулёзный холецистит

Выставлен окончательный диагноз:ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит.

Проведено лечение: Операция холецистэктомии от шейки (19.04.06).Осложнения не выявлены. Послеоперационный период – без особенностей.

Рекомендации при выписке:

1. Соблюдать рациональный режим дня и питания (дробное питание 5-6 раз в день,минеральные воды, исключить жирную и острую пищу,прянности,копчености,предпочтительны продукты растительного происхождения).Диета в пределах стола № 5

2. Воздерживаться от чрезмерных физических нагрузок, стрессов, нервно-психического перенапряжения. Вести подвижный образ жизни, чаще бывать на свежем воздухе.

3.Наблюдение у хирурга по месту жительства.Снятие швов.

4. Наблюдение терапевта по месту жительства.