**1. Паспортные данные.**

Г.

69 лет.

Адрес: г.Краснодар.

Место работы: пенсионерка.

Замужем.

Дата поступления: 23.12.97г.

**2. Жалобы при поступлении.**

Жалобы на режущие боли, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в поясничную область, в правую лопатку, в правое надплечье; тошноту, позывы на рвоту.

1. **Анамнез заболевания.**

Считает себя больной около 10 лет, когда впервые был приступ болей в правом подреберье. Неоднократно обращалась к врачу. Была обследована. Установлен диагноз желчнокаменной болезни. Проводилось неоднократно амбулаторное лечение. В стационаре не лечилась. Придерживалась диеты, периодически принимала аллохол, карсил. Лечение приносило временное улучшение.

Заболела два дня назад, после приема жирной пищи. Появились резкие боли в правом подреберье. Принимала но-шпу, баралгин - без эффекта. Скорой помощью доставлена в БСМП.

1. **Анамнез жизни и эпидемиологический анамнез.**

Наследственные заболевания отрицает. Вредных привычек не имеет.

Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, удаление левых придатков матки ( в связи с перекрутом ножки кисты левого яичника) в 1948г., гипертоническая болезнь с 1981г., мочекаменная болезнь, киста левой почки, мастопатия правой молочной железы, инсульт в 1996г. с гемипарезом справа, ИБС - стенокардия напряжения.

Туберкулез, малярию, гепатит, венерические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез. Аллергия на витамины гр.В (сыпь типа крапивницы, зуд).

Гемотрансфузий не было.

Половая жизнь с 20 лет. Роды - одни. Абортов - 2. В менопаузе 17 лет.

1. **Объективные данные (по органам и системам).**

Общее состояние больной удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Молочные железы мягкие, из сосков выделений нет; на правой молочной железе в верхне-наружном квадранте имеется линейный рубец длиной 2 см.

Грудная клетка симметрична. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений 19 в 1 минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Границы легких: верхушки легких сзади находятся на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига составляет 5см; нижние границы легких:

место перкуссии правое легкое левое легкое

окологрудинная линия 5-ое межреберье -

среднеключичная линия VI ребро -

передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро средняя подмышечная линия VIII ребро VIII ребро

задняя подмышечная линия IX ребро IX ребро

лопаточная линия Х ребро Х ребро околопозвоночная линия ХI гр. позвонок XI гр. позвонок

Пульс 100 ударов в одну минуту, напряженный, ритмичный. АД 160/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, имеется акцент второго тона над аортой. Границы сердца: правая - по левому краю грудины, верхняя - на IV ребре, левая - расширена на 2см.

ЧСС 98 в 1 минуту.

Имеются остаточные явления после перенесенного гемипареза в виде неполного сгибания кисти правой руки и правой ноги.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, регулярное.

Стул оформленный, самостоятельный. Периодически бывают запоры.

1. **Место болезни.**

Язык подсушен, обложен белым налетом.

Живот активно участвует в акте дыхания. При пальпации - мягкий, безболезненный во всех отделах, кроме правого подреберья. Печень не увеличена, край ее острый, у края реберной дуги, умеренно болезненная при пальпации. Границыпечени: верхняя граница - по окологрудинной линии на уровне верхнего края VI ребра, по среднеключичной линии - VI ребро, по переднеподмышечной линии - VII ребро; нижняя граница - по переднеподмышечной линии - Х ребро, по среднеключичной линии - нижний край правой дуги, по передней срединной линии - на 6см ниже мечевидного отростка.

В правом подреберье определяется умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность. Положительны симптомы: Маккензи (болезненность в точке проекции желчного пузыря); Ортнера - Грекова (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге); Мюсси - Георгиевского (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Симптом Щеткина сомнительный. Пальпируется опухолевидное образование размером 5×6 см, подвижное, болезненное.

**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 дезиинтоксикации и парентерального питания назначают инфузионную 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

1. **Результаты обследования.**
2. Общий анализ крови: эритроциты 4,0×1012/л; гемоглобин 129,5 г/л;

лейкоциты 8,9×109/л; э-3%, п-2%, с- 62%, л- 26%, м-7%; РОЭ- 19мм/час.

1. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, белок - отсутствует, удельный вес - 1016, сахар - отр., эптелиальные клетки - 7-8 в п/зр., лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритроциты - нет, соли - оксалаты + +, слизь + +, желчные пигменты - отрицательные.
2. Диастаза мочи - 32ед.
3. Сахар крови - 4,5 ммоль/л.
4. Билирубин - 7 ммоль/л.
5. ЭКГ: синусовая тахикардия 115-120 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца, гипертрофия левого желудочка, гипоксия миокарда.
6. УЗИ гепато-дуоденальной зоны: печень - эхогенность обычная, структура однородная; желчный пузырь - размер 80×30 мм, стенка 5мм, контуры ровные, форма обычная, конкремент в полости 20×20мм; поджелудочная железа - эхогенность обычная, структура однородная.
7. **Дифференциальный диагноз.**

*Холецистит* наиболее трудно разграничить с *желчнокаменной болезнью*. У курируемой больной, как и в большинстве случаев, холецистит сочетается с желчнокаменной болезнью, и поэтому данное заболевание можно дифференцировать как калькулезный холецистит.

При *дискинезиях желчных путей* возникновение болевого синдрома связано с отрицательными эмоциями, симптомы Маккензи, Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского отрицательные; при проведении УЗИ конкрементов в желчном пузыре не выявляется.

Для дифференциального диагноза между калькулезным холециститом и *правосторонней почечной коликой* существенна иррадиация болей: вверх - при желчной колике; вниз, в ногу, в пах, в половые органы - при почечной колике. Вслед за болевым синдромом при почечной колике появляется макро- или микрогематурия.

При *панкреатите* локализация болей - в левой части эпигастральной области, слева от пупка, с иррадиацией в спину и левую часть позвоночника, левую лопатку и плечо, чего нет у больной. Диастаза мочи при панкреатите значительно повышена.

При *язвенной болезни двенадцатиперстной кишки* имеется характерный анамнез, обнаружение при глубокой пальпации плотного резко болезненного тяжа в пилородуоденальной области. Правильный диагноз позволяет поставить гастродуоденоскопия и УЗИ.

1. **Клинический диагноз.**

Учитывая жалобы больной, данные анамнеза, объективного исследования, клинического обследования, дифференциальной диагностики можно поставить клинический диагноз: ***Обострение хронического холецистита, желчнокаменная болезнь.***

**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 05. 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.