Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия

# Кафедра госпитальной хирургии

Ельцова Валентина Автономовна, 67 лет.

 ***Клинический диагноз:***

***Основной:*** ЖКБ, хронический холецистопанкреатит, обострение.

***Сопутствующий:*** Ишемическая болезнь сердца: Стабильная стенокардия напряжения 2-3 ст., недостаточность кровообращения 2а степени, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст., ожирение 2 ст.

 **Куратор** - студент 5 курса 528 группы

 педиатрического факультета

Санкт-Петербург

2001 г

**Общие сведения о больном:**

Ф.И.О. Ельцова Валентина Автономовна.

Дата рождения: 27 декабря 1934 года.

На пенсии с 1989 года.

Домашний адрес: пр. Луначарского, д. 1, к.2, кв. 13.

Дата поступления в клинику: 23 марта 2001 года.

Доставлена бригадой скорой помощи.

Диагноз при направлении в стационар: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, обострение.

ЖАЛОБЫ

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, слабость, повышенную утомляемость, потливость, головную боль, головокружение, а также одышку в покое.

На момент поступления больная предъявляла жалобы на чувство тяжести в правом подреберье после приема жирной и острой пищи, слабость, повышенную утомляемость, головокружение.

ANAMNESIS MORBI

 Считает себя больной в течении сорока лет, на протяжении которых с разной периодичностью отмечает приступы болей в области правого подреберья, которые связывает с погрешностями в питании ( прием жареной и жирной пищи ). Боли носили ноющий характер. Больная во время болевых приступов принимала фестал, но-шпу и циноризин. Посещала поликлинику, где была рекомендована щадящая диета. В сентябре 1988 года была госпитализирована по поводу острого холециститопанкреатита. Было проведено консервативное лечение.

Начало настоящего приступа – острое. Начало приступа больная связывает с нарушением диеты (прием жирной, жареной пищи). Вечером больная почувствовала тяжесть и ноющие, тянущие боли в правом подреберье. Также больная почувствовала тошноту. Ночью тошнота сопровождалась многократной, рвотой. Прием препаратов – без эффекта. Утром больная вызвала скорую помощь, и была доставлена в стационар.

ANAMNESIS VITAE

Родилась в Ленинграде в 1934году. Единственный ребенок в семье. Росла и развивалась нормально. Училась в техникуме кинооператоров. После окончания техникума и до пенсии работала по специальности – фотооператором. Профессиональных вредностей не было.

 Из перенесенных заболеваний отмечает: простудные, ветряная оспа, страдает гипертонической болезнью 2 стадии. Инсультов, инфарктов не было. Вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает.

 Перенесенные операции: резекция 2/3 желудка (прободная язва желудка) – 1987 год, овариоэктомия – 1981 год.

 Инъекций, гемотрансфузий за последние 6 месяцев не было. Контакты с инфекционными больными отрицает. За пределы С-Петербурга не выезжала. Эмоционально- нервно психический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет безболезненные, умеренные, климакс наступил в возрасте 53 лет, родов не было. Беременностей – 6, выкидышей – 6. Вредные привычки – курение (1 пачка в день). Аллергологический анамнез свободный, непереносимости лекарственных средств не отмечает. Наследственность отягощена со стороны отца – язвенная болезнь желудка. Страховой анамнез: пенсионер. Проживает одна, в отдельной квартире. Детей нет. Питается удовлетворительно, на свежем воздухе бывает часто.

**Общий осмотр**:

Состояние средней степени тяжести, положение в постели – вынужденное, в наклонном положении. Сознание ясное.

*Температура тела 36,5 С.*

*Кожа* бледно-розовой окраски, эластичная. Влажность сохранена. Ногти и волосы без изменений.

*Тургор тканей* слегка снижен.

*Видимые слизистые и склеры* чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена.

*Увеличен слой подкожно-жировой клетчатки*, распределена неравномерно. При пальпации безболезненна.. Отеки - на ногах отсутствуют. При постоянном горизонтальном положении практически не образуются.

*Периферические лимфоузлы*:

Затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, кубитальные, подколенные - не пальпируются. Подмышечные, паховые, подчелюстные пальпируются: единичные, 7-8мм., эластичные, безболез-ненные, не спаяны с кожей и с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена.

*Мышечная система* развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен, сила незначительно снижена. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная.

*Кости* при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.

*Суставы* нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена.

Активные и пассивные движения в суставах - в полном объеме, безболезненные, без хруста. Кожа над суставами не изменена.

**Органы дыхания:**

Голос сохранен. Носовое дыхание в норме.

*Форма грудной клетки* нормальная, симметричная. Движения грудной клетки при дыхании - равномерные. Дыхание средней глубины. Число дыханий в 1 минуту - 38, ритм правильный. Тип дыхания - смешанный. Одышка в покое.

*Грудная клетка при пальпации* безболезненна.

*Голосовое дрожание* проводится одинаково над симметричными отделами легких.

Данные *сравнительной перкуссии*:

перкуторный звук коробочный, одинаковый над симметричными отделами грудной клетки.

*Данные топографической перкуссии легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| ОкологрудиннаяСреднеключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечная Задняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | пятое межреберье6 ребро7 ребро8 ребро9 ребро10 реброостистый отросток Th11 | ------------7 ребро8 ребро9 ребро10 реброостистый отросток Th11 |

*Экскурсия нижних краев легких:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Линия |  С П Р | А В А |  С Л Е | В А |
|  | на вдохе | на выдохе | на вдохе | на выдохе |
| Передняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечная | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см |

*Аускультация легких*: дыхание жесткое, сухие хрипы над всей поверхностью легких.

*Бронхофония* - сохранена над всеми отделами бронхов.

**Органы кровообращения:**

Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Верхушечный толчок не определяется. Патологической пульсации сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается. Венозной сети на груди и животе не обнаружено.

*Пульс* - 88 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряженный, синхронный на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.

*Границы сердца*: справа - по правому краю грудины, слева - на 3 см кнаружи от средне-ключичной линии, сверху - по 2 ребру.

*Тоны* ритмичные, приглушены. На легочной артерии выслушивается акцент второго тона. На верхушке выслушивается систолический шум, который никуда не проводится.

*Пульсация периферических артерий* сохранена.

*Артериальное давление*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рука | Систолическое | Диастолическое |
| ПраваяЛевая | 140 мм рт. ст.140 мм рт. ст. | 90 мм рт. ст.90 мм рт. ст. |

**Органы пищеварения:**

*Слизистая полости рта* влажная, бледно-розовой окраски, блестящая.

*Язык* бледно-розового цвета, влажный, без налета, язв и трещин нет.

*Десны* бледно-розового цвета, без патологических изменений.

*Зев* спокоен, диспепсических расстройств на момент курации нет.

*Живот* симметричен, округлой формы, вздут, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует.

*Поверхностная ориентировочная пальпация:* живот болезненный в правом подреберье. Слепая, поперечноободочная и сигмовидная кишки при пальпации – безболезненные, эластичные тяжи.

*Симптомы раздражения брюшины* отрицательные.

 Методом аускультативной аффрикции установлено, что нижний край желудка находится на 4 см выше пупка.

 Нижний край *печени* пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, болезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова отрицательный , симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный.

 Размеры печени по Курлову: правый - 11 см, срединный - 10 см,

косой - 9 см.

*Селезенка* не пальпируется. Размеры селезенки. выявленные при перкуссии: продольный - 10 см, поперечный - 8 см. Физиологические отправления – стула не было с 23.03.

**Мочевыделительная система:**

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

*Почки* не пальпируются с обеих сторон.

Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

Дно *мочевого пузыря* не пальпируется. Болезненность по ходу *мочеточников* не выявлена.

**Неврологический статус:**

Интеллект и эмоции соответствуют возрасту. Патологии черепно-мозговых нервов по данным осмотра не выявлено.

*Физиологические рефлексы:*

брюшные рефлексы (верхний, средний, нижний) - присутствуют;

**Эндокринная система:**

 Пропорции туловища и конечностей соответствуют возрасту.

 Экзофтальм и другие глазные симптомы отсутствуют.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании:

1. Жалоб больной на тяжесть, ноющие боли в правом подреберье, тошноту, однократную рвоту.

2. Данных анамнеза болезни (периодическое появление болей после погрешности в диете, тяжесть, ноющие боли в правом подреберье)

3. Данных объективного обследования больной:

Болезненность при пальпации в правом подреберье

Предварительный диагноз:

Основной: ЖКБ, хронический холецистопанкреатит, обострение.

Сопутствующий: Ишемическая болезнь сердца: Стабильная стенокардия напряжения 2-3 ст., недостаточность кровообращения 2а степени, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст., ожирение 2 ст.

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

I. Лабораторные методы

Общий анализ крови.

Цель назначения – определение степени активности воспалительной реакции организма, исключение сопутствующей патологии (анемия)

Ожидаемый результат – норма, возможно, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без сдвига формулы, некоторое увеличение СОЭ.

Биохимическое исследование крови.

Цель назначения – Исключение осложнений в виде механической желтухи и поражения печени.

Ожидаемый результат - Возможно, увеличение содержания в сыворотке билирубина, преимущественно за счет прямого.

3. Общий анализ мочи.

Цель назначения - Исключение сопутствующей патологии со стороны органов выделения.

Ожидаемый результат – Возможно, проявления интоксикационного синдрома.

II. Инструментальные методы

УЗИ органов брюшной полости

Цель назначения – Определение морфологических изменений в желчном пузыре, определение наличия и локализации камней в желчных путях, определение изменений просвета внутри- и внепеченочных желчных протоков, выявление изменений печени и pancreas.

Ожидаемый результат – Выявление изменений, характерных для желчекаменной болезни и острого калькулезного холецистита.

 При недостаточной информативности УЗИ, возможно, возникнут показания к рентгенологическому исследованию.

ЭКГ

 Цель назначения – Определение степени выраженности сопутствующей патологии со стороны сердца .

 Ожидаемый результат – Выявление изменений характерных для гипертонической болезни .

ФГДС

 Цель назначения – Определение степени выраженности патологии органов желудочно-кишечного тракта ( желудок, двенадцатиперстная кишка).

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общие анализы крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 23.03.01г. | 27.03.01г. |
| Эритроциты | 4,06 1012 / л | 4,1 1012 / л |
| Гемоглобин | 130 | 133 г/ л |
| Цветовой показатель | 0,96 | 0,98  |
| Лейкоциты | 12,0 ⋅ 109 / л | 8,0 109 / л |
| Эозинофилы | 5 | 6 |
| Палочкоядерные | 2 | 8 |
| Сегментоядерные | 69 | 72 |
| Лимфоциты | 12 | 16 |
| Моноциты | 11 | 8 |
| СОЭ | 21 | 17 |

Заключение: можно думать о наличии воспалительного процесса (лейкоцитоз и увеличенная СОЭ ).

2. Исследование сыворотки крови 27.03.01г.

|  |  |
| --- | --- |
| Билирубин общий | 10,6 мкмоль/ л |
| Белок общий | 66 г/ л |
| АлАТ | 24,1 ЕД/ л |
| АсАт | 26,3 Ед/л |
| Мочевина | 7,1 |
| Креатинин | 0,086 |
| Глюкоза натощак | 5,3 |

3. Общий анализ мочи 23.03.01г.

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 80 мл |
| Цвет | Соломенно - желтый |
| Прозрачность | Мутная |
| Реакция | Щелочная |
| Удельный вес | 1020 |
| Белок | Следы |
| Сахар | Нет |
| Эпителиальные клетки | Ед в п/з |
| Лейкоциты | 1 - 2 в п/зр |
| Эритроциты | Нет |

Закючение: моча без грубых патологических нарушений

4. УЗИ органов брюшной полости 24.03.01г.

Печень КВР – 158 мм, ТЛД – 66 мм, однородна, мелкозернистая, эхогенность повышена. Сосудистый рисунок не изменен, беден. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, очаговые образования не выявлены. Поджелудочная железа: 35\*17\*21. Контуры неровные, нечеткие. Структура однородная, эхогенность повышена. Вирсунгов проток не расширен.

5.ЭКГ 24.03.01г.

Ритм синусовый, в 1', отклонение эл. оси сердца влево , гипертрофия левого желудочка и предсердия, умеренное диффузное нарушение питания миокарда .

6.ФГДС 25.03.01.г.

 Пищевод – просвет округлый, слизистая гиперемирована, отечная в п/з. Кардия смыкается полностью. Желудок – состояние после резекции 2/3 по Б2. В просвете культи желудка – небольшое количество желчи. Слизистая желудка гиперемирована, отечная. Складки продольные, извитые, утолщеные.

 Привратник проходим, слизистая двенадцатиперстной кишки незначительно отечна. Большой дуоденальный сосок отечен, слизистая гладкая.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый холецистит требует дифференцирования с

Острым аппендицитом

Язвенной болезнью желудка/ двенадцатиперстной кишки

Правосторонней почечной коликой

Дискинезией желчных путей

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cимптом | Острый холецистит | Острый аппендицит | Язвенная болезнь | Почечная колика |
| Характер болей | В правом подреберье, сильные, приступообразные, затем постоянные, иррадиация в правую лопатку, надплечье | В эпигастрии, умеренной интенсивности, затем перемещаются в правую подвздошную область, тянущие, постоянные | В эпигастральной области, различной интенсивности, связанные с приемом пищи, купирующиеся приемом антацидов | В пояснице, приступообразные, чрезвычайно интенсивные с иррадиацией в пах, уменьшаются применением спазмолитиков |
| Прочие жалобы | Тошнота, рвота | Тошнота, рвота, задержка стула, лихорадка | Диспепсические симптомы | Возможна дизурия |
| Анамнез | Желчекаменная болезнь | Нет | Язвенная болезнь | Мочекаменная болезнь |
| Развитие | Обычно подострое | Острое | Чаще хроническое | Острое |
| Объективное обследование | Болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси, Мейо-Робсона, Менделя в правом подреберье, интоксикация выражена умеренно | Болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, с-мы раздражения брюшины, с-мы Воскресенского, Раздольского, Образцова, Ровзинга, Ситковского, выражена интоксикация | Минимальные изменения: может быть болезненность при пальпации в эпигастрии, интоксикация отсутствует | Пальпация живота, как правило, безболезненна, положительный с-м Пастернацкого, интоксикация отсутствует |
| Дополнительное обследование | УЗИ, Изменения воспалительного характера в общем анализе крови | Изменения в общем анализе крови, свидетельствующие о воспалении | Чаще без особенностей | Эритроцитурия |

Дискинезии желчных путей объединяют разнообразные фунциональные нарушения желчевыделительной системы, при которых клинически не устанавливаются признаки органических поражений (воспаление или камнеобразование).

В основе развития дискинезии лежат нарушения сложной иннервации сфинктеров 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.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании предварительного диагноза, данных дополнительного обследования:нечеткость контуров желчного пузыря. В анализах крови лейкоцитоз. На ЭКГ: гипертрофия левого желудочка и предсердия, умеренное диффузное нарушение питания миокарда .

Дифференциального диагноза (см. выше)

Заключительный клинический диагноз:

Основной: ЖКБ, хронический холецистопанкреатит, обострение.

Сопутствующий: Ишемическая болезнь сердца: Стабильная стенокардия напряжения 2-3 ст., недостаточность кровообращения 2а степени, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст., ожирение 2 ст.

ЛЕЧЕНИЕ

При наличии желчекаменной болезни и острого холецистита имеет смысл проведение консервативного лечения. Однако заболевание может осложняться холедохолитиазом и как следствие, механичческой желтухой. Появление этих осложнений достаточно грозный признак, при котором больному жизненно показано оперативное лечение. Обычно консервативное лечение проводится три дня, в течении которых судят о наличии или отсутствии положительной динамики в проводимом лечении, или признаках наступающих осложнений. Если эффекта от проводимой терапии не наблюдается – прибегают к оперативному вмешательству.

Режим постельный

Стол N 5

Купирование болевого синдрома

Sol. Analgini 50% - 4 ml в/в струйно

Sol. Dimedroli 1% - 1ml в/в струйно

Sol. Papaverini 2% - 4 ml в/м

При неэффективности ненаркотических анальгетиков показано применение опиатов:

Sol Promedoli 2% - 1ml в/м

Дополнительно возможно применение

Sol. Novocaini 0,25% - 200ml в/в капельно, контроль АД.

После купирования болей:

Sol. Analgini 50% - 2ml в/м 4 раза в день

Sol. Papaverini 2% - 2 ml в/м 4 раза в день

Купирование воспалительного процесса

Ampicillini 0,5 в/м 4 раза в день

Дезинтоксикация

Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml в/в капельно

+ Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

Sol. Glucosae 5% - 400 ml в/в капельно

+ Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 5 ml

Sol. Glucosae 10% - 300 ml в/в капельно медленно (в течение 3 ч.)

+ Sol Kalii Chloridi 4% - 80 ml

+ Sol. Magnesii Sulfatis 25% - 10 ml

+ Sol Novocaini 2% - 10 ml

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

02.04.01г. 9:00

Больная предъявляет жалобы на умеренную слабость, головокружение, чувстово тяжести в правом подреберии, самочувствие удовлетворительное.

Температура тела 36,7 оС. Больная в ясном сознании. Общее состояние ближе к удовлетворительному.

 Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Частота дыхания 38 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое, определяются сухие хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 88 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные; шумов не определяется. Артериальное давление 150/80 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в дыхании участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Режим палатный

Стол N 5.

Назначения:

При болях:

Sol. Analgini 50% - 2 ml в/м

Sol. Dimedroli 1% - 1ml в/м

Sol. Papaverini 2% - 2 ml в/м

Ampicillini 0,5 в/м 4 раза в день

Sol. Glucosae 5% - 300 ml в/в капельно

Sol. Ringer – Locke 400 ml в/в капельно

+ Sol. Euphyllini 2,4% - 10 ml

03.04.01г. 9:00

Больная предъявляет жалобы на умеренную слабость, головокружение, чувстово тяжести в правом подреберии, одышку в покое, отсутствие стула.

Температура тела 36,8 оС. Больная в сознании, адекватна. Общее состояние ближе к удовлетворительному, без ухудшения.

Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Частота дыхания 37 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое, определяются сухие хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 86 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные; шумов не определяется. Артериальное давление 150/80 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в дыхании участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

 Режим палатный

Стол N 5.

Назначения:

При болях:

Sol. Analgini 50% - 2 ml в/м

Sol. Dimedroli 1% - 1ml в/м

Sol. Papaverini 2% - 2 ml в/м

Ampicillini 0,5 в/м 4 раза в день

Sol. Glucosae 5% - 300 ml в/в капельно

04.04.01г. 8:50

Больная жалуется на одышку в покое, слабость, отсутствие стула, общее самочувствие удовлетворительное, без ухудшения.

Кожные покровы нормальной окраски, влажные. Частота дыхания 37 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое, определяются сухие хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 86 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные; шумов не определяется. Артериальное давление 150/80 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в дыхании участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Режим общий.

Стол N 5.

Назначения:

Ampicillini 0,5 в/м 4 раза в день

При болях:

Sol. Analgini 50% - 2 ml в/м

Sol. Dimedroli 1% - 1ml в/м

Sol. Papaverini 2% - 2 ml в/м

ЭПИКРИЗ

Больная Ельцова Валентина Автономовна 67 лет поступила на хирургическое отделение 122 МСЧ 23.03.01г. с жалобами на тупые боли в правом подреберьи, многократную рвоту. Из анамнеза установлено, что указанные симптомы появились за день до поступления в стационар после погрешности в диете. При осмотре на момент поступления: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,4°C, пульс 88 в 1', ритмичный, АД 140/80 мм Hg, живот болезнен в правом подреберьи, особенно в проекции желчного пузыря. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. УЗИ: Острый холецистопанкреатит. Поставлен диагноз: Основной: ЖКБ, хронический холецистопанкреатит, обострение.

Сопутствующий: Ишемическая болезнь сердца: Стабильная стенокардия напряжения 2-3 ст., недостаточность кровообращения 2а степени, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст., ожирение 2 ст.

 После консервативной терапии (спазмолитической, антибактериальной, инфузионной) выраженная положительная динамика. В связи с тяжелой сопутствующей патологией риск операции превышает её значимость для больной. А также в связи с положительной динамикой и удовлетворительным состоянием больная выписывается.

ПРОГНОЗ

В отношении жизни – благоприятный .

В отношении заболевания –при наличии желчекаменной болезни возможно рецидивирование .

В отношении трудоспособности – трудоспособность относительно может быть сохранена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клиническая хирургия R.E. Condon , L. M.Nyhus и др (пер. с англ. )

Москва “ Практика “ 1998

2. Хирургия B.E.Jarell , R.A. Carabasi (пер. с англ. )

Москва “ Гэотар медицина