**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О:

Возраст :78 лет, пол – женский.

Семейное положение : замужем, имеет двоих детей.

Домашний адрес :

Место работы: не работает, на пенсии.

Дата поступления в клинику: 22.04.09.

Кем направлена больная**:** поликлиника

Госпитализация: плановая

Диагноз направившего учреждения: ЖКБ

Диагноз больной при поступление в стационар: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

***Основной:*** ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, обострение.

***Сопутствующий:*** Гипертоническая болезнь 3ст., риск высокий, варикозно расширенные вены нижних конечностей . Стенокардия напряжения II ст. III Ф.К.

***Осложнений:*** холедохолитиаз.

**ЖАЛОБЫ**

На момент курации больная предъявляет жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, слабость, повышенную утомляемость, потливость. Боль приступообразная в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующая в эпигастральную область и правую лопатку, отмечают тошноту, снижение аппетита.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной 20 лет , в течении последнего года отмечает ухудшение своего состояния , когда после приёма большого количества жирной пищи у пациентки появились боли в правом подреберье обволакивающего характера. По поводу этих болей пациентка обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту, который назначил ей УЗИ органов брюшной полости. На УЗИ были выявлен конкремент в полости желчного пузыря , утолщение стенки желчного пузыря до 0.4см. На ОАК СОЭ 18мм лейкоцитоз 8,2х10^9. На основании этого был поставлен диагноз: ЖКБ, калькулезный холецистит, обострение. Лечение проводилось консервативное амбулаторно. Препараты, применяемые в то время, больная указать затрудняется. Была назначена диета с исключением из рациона жареной, копчёной жирной, острой пищи, проходила плановое обследование у участкового терапевта. Боли, в период с 2008 – 2009 пациентка отмечает не значительные, возникающие чаще после приёма жирной, кислой пищи. Боли локализовались в правом подреберье, иррадиировали в область правой лопатки. Настоящее обострение возникло две недели назад , со слов больной употреблением в пищу жареного мяса. После приёма его, у больной появилось чувство тяжести в правом подреберье, которое сменилось болью тянущего характера средней интенсивности, через два часа боли усилились, и больная приняла 2 таблетки «Но-шпа» и одну таблетку «Пенталгина» . Боль прошла. На следующий день больная обратилась к участковому терапевту, ей было проведено узи брюшной полости, на узи : признаки хронического калькулезного холецистита, камень холедоха, после чего было дано направление на госпитализацию в ОКБ хирургическое отделение.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Перенесённые заболевания: больная указывает на неоднократные ОРВИ, ОРЗ,(один два раза в год ), острый бронхит, хронический гастрит. Эпиданамнез: Инъекций, гемотрансфузий за последние 6 месяцев не было. Контакты с инфекционными больными отрицает. Вредные привычки больная у себя отрицает, отравлений суррогатами алкоголя не было.

Наследственность не отягощённая.

Аллергию к пищевым продуктам и лекарственным препаратам не отмечает.

Гинекологический анамнез: Менструации начались с 15 лет болезненные, не регулярные, обильные, через 1 год менструации стали умеренно болезненные регулярные по 5 - 6 дней с интервалом 28 дней. Была две беременности и двое роды в . Родились живые доношенные девочки

Менопауза с 50 лет.

**ДАННЫЕ ОБЩЕГО ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общее состояние.

## Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Температура тела 36,80 С.

## Рост 165 см. Вес 68 кг. Телосложение нормостеническое.

## Покровы и подкожно – жировая клетчатка.

## Цвет кожи обычный, тургор нормальный. Видимые слизистые обычного цвета, влажные, язык сухой, обложен белым налётом по бокам. Живот увеличен за счёт подкожно-жировой клетчатки.

Опорно – двигательный аппарат.

## Развитие мышц удовлетворительное, тонус нормальный, симметричный. Функция суставов сохранена. Активные и пассивные движения во всех суставах сохранены в полном объёме.

## Органы дыхания

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, ЧДД 17 в минуту. Голос громкий, чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, межреберные промежутки умеренные, над - и подключичные ямки выполнены, эпигастральный угол прямой, грудная клетка симметрична. Тип дыхания смешанный. Границы левого и правого легкого в пределах нормы.

При аускультации на симметричных участках грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно – сосудистая система.

Система кровообращения: при осмотре сердечной области сердечных выбуханий не обнаружено, верхушечный толчок не виден, пальпируется в 6 межреберье кнутри от левой срединноключичной линии на 1,0 – 1,5 см , сердечный толчок не виден.

Перкуссия: границы отнасительный и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультация сердца : *тоны сердца* приглушены, выслушивается акцент 2 тона над легочной артерией, шумы не выслушиваются. Осмотр сосудов шеи: набухание шейных вен отсутствует.

Пульс лучевой артерии: его частота составляет 78 ударов в минуту, ритмичный, малый, среднего напряжения. Артериальное давление ( после 3 – х кратного измерения )

На правой руке – 160 /80 мм. рт. ст, на левой руке – 160/80 мм рт ст .

**Система органов пищеварения.**

1) Слизистая полости рта, небных дужек, задней стенки глотки, мягкого и твёрдого нёба розовая. Язык влажный, не обложен. Дёсны не кровоточат, кариозных зубов нет. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек. Глотание не нарушено. Прохождение жидкой и густой пищи по пищеводу не затруднено. Живот овальной формы симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Поверхностной ориентировочной пальпации тонус мышц передней брюшной стенки в норме, болезненность в правой подрёберной области.

Болезненности в точках и зонах желчного пузыря и поджелудочной железы. При осмотре области правого подреберья определяется ослабленное участие брюшной стенки в этой области в акте дыхания.

При поверхностной пальпации в правом подреберье наблюдается напряженность, и болезненность передней брюшной стенки с эпицентром боли в точке желчного пузыря. При топографической пальпации определяется увеличение печени - нижний край на 2 см ниже реберной дуги, болезненный. Желчный пузырь пальпируется, несколько увеличен, незначительно уплотнен.

При глубокой пальпации желчного пузыря наблюдается его резкая болезненность, наибольшая среди органов брюшной полости.

Симптомы Захарьина, Василенко, Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене - положительные, симптом Мюсси (правосторонний френикус-симптом) - отрицательный.

При глубокой методической пальпации по методу В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско в левой подвздошно-паховой области сигмовидная кишка не пальпируется, правой подвздошно-паховой области – слепая кишка не пальпируется. Терминальный отдел подвздошной кишки и аппендикс пропальпировать не удалось. Восходящий отдел ободочной кишки пальпируется бимануально в правой боковой области в виде цилиндра диаметром около 2,5 см умеренной плотности безболезненного, смещаемого. Нисходящий отдел ободочной кишки пальпируется в левой боковой области в виде безболезненного, умеренно подвижного цилиндра диаметром около 3 см. Печеночный и селезёночный изгибы её пальпаторно не определяются. Поперечный отдел ободочной кишки удалось пропальпировать билатерально на 3 см ниже предварительно определённой аускультативно-фрикционным методом нижней границы желудка в виде поперечно расположенного цилиндра умеренной плотности диаметром около 2,5 см, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого.

Большая кривизна желудка не пальпируется. Привратник пропальпировать не удалось. Поджелудочная железа не пальпируется.

Нижний край печени пальпируется на 2см ниже уровня рёберной дуги, болезненный, эластичной консистенции с гладкой поверхностью.

Нижний полюс селезёнки в клиностатическом положении и в положении по Сали не пальпируется.

3) Percussio. При сравнительной перкуссии над симметричными отделами живота выявляется тимпанический звук различной высоты.

При топографической перкуссии наблюдается смещение нижних границ печени по Курлову по всем топографическим линиям вниз (по правой среднеключичной - на 2 см, по передней срединной - на 1 см, по левой реберной дуге - на 1,5 см влево и вниз), увеличение размеров печени по Курлову (по правой среднеключичной линии - на 2 см, по передней срединной - на 2 см, по левой реберной дуге - на 1 см). Перкуторные размеры селезенки:

|Поперечник – 4 см |

|Длинник - 6 см.

Выслушивается перистальтика умеренной силы. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не определяются.

**Мочевыделительная система.**

Поясничная область не изменена, при пальпации безболезненна. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Нейроэндокринная система.**

Нарушение роста и пропорциональности частей тела нет. Щитовидная железа не увеличена. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

**Нервная система.**

Сознание ясное. Спокойная, общительная. Черепно – мозговые нервы в норме. Поверхностная и глубокая чувствительность, а также сухожильные рефлексы сохранены. Менингиальные симптомы отсутствуют.

**ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕСТНОГО СТАТУСА**

В правом подреберье стоит дренаж, по дренажу 50 мл жидкой крови, кожа около дренажа не гиперимирвана, бледно – розового цвета.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*Основной: ЖКБ, хронический холлецистит в стадии обострения.*

*Осложнений:Холедохолитиаз.*

*Сопутствующие: Гипертоническая болезнь 3ст., риск высокий, варикозно расширенные вены нижних конечностей. Стенокардия напряжения II ст. III Ф.К.*

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1) Лабораторные методы

1. Общий анализ крови.

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

2. Биохимическое исследование крови с учетом изоферментных спектров, количественное определение фракций билирубина в крови.

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

3. Общий анализ мочи.

Цель назначения - Исключение сопутствующей патологии со стороны органов выделения.

4. Серологические реакции (RW, Hbs, антитела к ВИЧ).

5. Группа крови, резус фактор. (Подготовка к возможной операции)

6. Время кровотечения. (подготовка к возможной операции)

7. L – амилаза мочи. Исключить заболевания поджелудочной железы.

2. 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.

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

ЭКГ

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

ФГДС

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

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **Общий анализ крови. – 23. 04.09.**

Эритроциты – 4,0 х 10

Гемоглобин – 142 г/л

Цветовой показатель – 1,0|

Лейкоциты – 9,2 х 10

Эозинофилы – 5%

Палочкоядерные – 1%

Сегментоядерные – 48%

Лимфоциты - 36%

Моноциты – 10%

СОЭ – 13 мм \ч

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

1. **Исследование сыворотки крови – 28.04.09.**

Билирубин общий - 22 мкмоль/ л

Билирубин прямой 7 мкмоль/ л

Заключение: показатели в норме.

1. **Биохимический анализ крови – 23.04.09.**

Общий белок – 80 г/л

Креатинин – 70 мкмоль/л

Мочевина – 4,5 мкмоль/л

Заключение: норма.

1. **Анализ крови на сахар – 24.04.09.**

**Заключение: сахар – 5,0 ммоль/л**

1. **Общий анализ мочи.**

Цвет - Соломенно - желтый

Прозрачность - мутная

Реакция - кислая

Удельный вес - 1008

Белок - 0.33 г/л

Эпителиальные клетки - 2 – 3 в п/з

Лейкоциты 1-2 в п/зр

Эритроциты 1-2 в п/зр

Заключение: моча без патологических изменений.

**6) Серологические реакции (RW,.антитела к ВИЧ).**

Заключение: Все анализы отрицательны.

**7) Группа крови, резус фактор. А(2), Rh+**

**8) Время кровотечения: протромбиновое время: 23”**

индекс 78%

фибрин 16 г/л

фибриноген 4 г/л

Заключение: норма.

**9) УЗИ органов брюшной полости – 28.04.09.**

**Заключение:** Признаки хронического калькулезного холецистита. Холецистолитиаз( отключенный желчный пузырь). Диффузные изменения в поджеклудочной железе, камень холедоха.

**10)ЭКГ - 29.04.09.**

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС=89 в мин. Горизонтальное положение эл. оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка и предсердия.

**11) РХПГ – 29.04.09.**

Заключение: контрастирование желчных протоков получить не удалось.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

***Основной:*** ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, обострение.

***Сопутствующий:*** Гипертоническая болезнь 3ст., риск высокий, варикозно расширенные вены нижних конечностей . Стенокардия напряжения II ст. III Ф.К.

***Осложнений:***холедохолитиаз.

На основании:

1. Жалоб больной на острую, приступообразную боль в правом подреберье, появляющаяся или усиливающаяся обычно в связи с приемом пищи, особенно жирной и в большом количестве, иррадиирующая в эпигастральную область и в спину в области нижнего угла правой лопатки, тошноту.

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, передней брюшной стенки, в правом подреберье, с эпицентром боли в точке желчного пузыря. Симптомы Захарьина, Василенко, Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене - положительные

4. Данных лабораторных методов исследования: ОАК - наличии воспалительного процесса (лейкоцитоз и увеличенная СОЭ), лимфацитоз, моноцитоз.

5. Данных инструментальных методов исследования: УЗИ : Признаки хронического калькулезного холецистита. Холецистолитиаз( отключенный желчный пузырь).

6. Данных дифференциального диагноза – исключение других патологий.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый холецистит требует дифференцирования с Острым аппендицитом, Язвенной болезнью желудка/ двенадцатиперстной кишки, Правосторонней почечной коликой, Дискинезией желчных путей, Острый панкреатит.

Дифференциальный диагноз, прежде всего, проводится с желчно-пузырной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом, поражением правой почки.

При желчно-пузырной колике больной ходит по палате в поиске положения, которое сможет принести ему облегчение. В области же желчного пузыря определяется небольшая болезненность. Также опровергнуть этот диагноз можно с помощью УЗИ (нет изменений стенки желчного пузыря).

При остром панкреатите выражены тошнота и рвота, боли локализуются в эпигастрии и отдают в спину, не выражено напряжение мышц брюшной стенки, нет болезненности в области желчного пузыря.

При остром аппендиците боли локализуются в правом нижнем квадранте живота, там же определяется локальная болезненность и положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Поражение правой почки исключается с помощью ультразвукового исследования.

Дискинезии желчных путей объединяют разнообразные функциональные 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.

Боли в эпигастрии позволяют думать и об остром панкреатите, т.к. уровень амилазы повышен диагноз острого панкреатита не отвергнут ( осложнение холецистита).

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

В комплекс консервативных мероприятий входят: покой, голод, щелочное питьё, новокаиновая паранефральная блокада, применение антибиотиков ШСД, сульфаниламидных препаратов, введение различных спазмолитиков и жидкостей в/в и симптоматическая терапия. В подавляющем большинстве случаев, получив терапевтический эффект от консервативного лечения таких больных детально обследуют, готовят к операции и проводят её спустя 10-14 дней после купирования острых воспалительных явлений в желчных путях. При этом, вне зависимости от сроков оперативного вмешательства и состояния желчного пузыря, при уточненном диагнозе о/холецистит - предпочитают осуществление холецистэктомии и необходимой коррекции патологически измененных магистральных желчевыводящих протоков.

Данной больной была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Показанием к данной операции является: калькулезный холецистит и безуспешность и не эффективность консервативной терапии.

**ДНЕВНИК**

**01.05.09.**

Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Жалобы на боли в области правого подреберья, тупые.

Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 180/100 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения 78 ударов в мин. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.

Шума трения плевры нет. Сердце без патологии.

Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Симптом Ортнера слабо положительный. Печень выступает из под реберной дуги на 1 см., край закруглен, болезненный. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме.

Назначения:

Режим общий

Стол 1а

So.Glucosaе5%400,0ml в/в капельно

Sol.Ac.Ascorbinici5%5ml

Sol.Baralgini5ml3разавденьв/м

Sol.Platyphyllini0,2%2,0в/м

Sol.Dibazoli1%-4,0

Sol.Papaverini hydrohloridi

2%-2,0в/м

Sol.Novocaini0,25%-200

В/в капельно

**04.05.09.**

Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Жалобы на боли в области правого подреберья, тупые.

Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 180/100 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения 78 ударов в мин. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.

Шума трения плевры нет. Сердце без патологии.

Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печеночная тупость сохранена. Симптом Ортнера слабо положительный. Печень выступает из под реберной дуги на 1 см., край закруглен, болезненный. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме. Была проведена операция: лапароскопическая холецистэктомия.

Назначения:

1. Пить вечером
2. Sol.Promedoli 2% - 1,0 ml внутримышечно.
3. Sol. Anaigini50% - 2,0 ml.
4. Sol.Dimedroli1% - 1,0 ml
5. Вентиляция грудной клетки, дыхательная гимнастика.
6. Клинический анализ крови
7. Общий анализ мочи
8. Билирубин, мочевина, креатинин
9. Физ р – р – 800,0 мл
10. Sol. No – spa – 2,0 ml

**05.05.09.**

Первые сутки после операции. Состояние средней тяжести, ночь спала плохо.

Жалобы на боли в надключичных областях на высоте вдоха и верхней половине живота ( в области диафрагмы), сухость во рту, слабость. Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 37,4 С. Артериальное давление 140/90 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения 80 уд в мин. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык суховат, обложен желтоватыми пленками. Живот вздут, при пальпации умеренно болезненный. Печеночная тупость сохранена. При аускультации выслушивается вялые кишечные шумы. Мочится самостоятельно. Повязка промокла кровью, по дренажу 50 мл. жидкой крови.

Назначения:

1) Sol.Promedoli 2% - 1,0 ml внутримышечно.

2)Sol. Anaigini50% - 2,0 ml.

3)Sol.Dimedroli1% - 1,0 ml

4)Вентиляция грудной клетки, дыхательная гимнастика

5)Перевязка.

**ЭПИКРИЗ**

Больная поступила в хирургическое отделение ОКБ С жалобами на интенсивные боли в области правого подреберья, постоянные, иррадиирующие в правую поясничную область и правую лопатку, повышение температуры тела до 37,6оС, тошноту, изжогу, потерю аппетита, общую слабость . Из anamnesis morbi - считает себя больной 2О лет , в течении последнего года отмечает ухудшение своего состояния , когда после приёма большого количества жирной пищи у пациентки появились боли в правом подреберье обволакивающего характера. По поводу этих болей пациентка обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту, который назначил ей УЗИ органов брюшной полости. На основании этого был поставлен диагноз: ЖКБ, калькулезный холецистит, обострение. Лечение проводилось консервативное амбулаторно. Настоящее обострение возникло две недели назад, со слов больной употреблением в пищу жареного мяса. После приёма его, у больной появилось чувство тяжести в правом подреберье, которое сменилось болью тянущего характера средней интенсивности, через два часа боли усилились, и больная приняла 2 таблетки «Но-шпа» и одну таблетку «Пенталгина». Боль прошла. На следующий день больная обратилась к участковому терапевту, ей было проведено узи брюшной полости, на узи: признаки хронического калькулезного холецистита, камень холедоха, после чего было дано направление на госпитализацию в ОКБ хирургическое отделение.

По данным объективного обследования - желтоватый налёт на языке, при пальпации живота резкая болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера и Кера. Из данных клинического обследования: в общем анализе крови - лейкоцитоз (9,2 х109/л); повышение СОЭ -13 мм/ч, данные УЗИ - картина острого калькулёзного холецистита в стадии стихания остроты, диффузные изменения в печени и КАМЕНЬ холедоха. Основываясь на вышеперечисленном был поставлен клинический диагноз:

***Основной:*** ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, обострение.

***Сопутствующий:*** Гипертоническая болезнь 3ст., риск высокий, варикозно расширенные вены нижних конечностей . Стенокардия напряжения II ст. III Ф.К.

***Осложнений:*** холедохолитиаз.

Больной произведена эндоскопическая холецистэктомия. Послеоперационный период - без особенностей. В настоящее время больная продолжает лечение в стационаре.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1) «Хирургические болезни» М.И. Кузин 2003г.

2) В.В. Родионов и др. "Калькулезный холецистит" М. Медицина., 1989 г.

3) В.С. Савельев " Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости " М, 1976