Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального

образования

Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Первый МГМУ им. М.И.Сеченова.

Кафедра факультетской терапии №1

История болезни

Москва 2014г

Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество ХХХ

Возраст 72 лет

Образование высшее

Семейное положение вдова

Профессия, характер трудовой деятельности в настоящее время пенсионерка

Постоянное место жительство г.Москва

Дата поступления в стационар 06 мая 2013 г.

Инвалидность .

Жалобы больного

Жалобы на тянущиеся боли в области эпигастрии, опоясывающего характера с иррадиацией в спину, приступообразные и усиливающиеся при нарушении диеты. Слабость , отсутствие аппетита. Постоянные запоры. Боли в позвоночнике. Повышение АД. Иногда мелькание мушек перед глазами.

Семейный анамнез и наследственность.

Отец - умер в 57 лет, болел АГ. холецистит

Мать - умерла в 70 лет,страдала АГ, умерла от ИМ. холецистит

Сестра -умерла 81лет, болел АГ. отек мозга.

Сын - 44 года, практически здоров.

Анамнез жизни

Родилась в срок в обычной среднезажиточной семье. Росла и развивался в соответствии с возрастом. в удовлетворительных условиях. На данный момент уловия проживания хорошие. Питание: соблюдает диету,

Вредные привычки: нет. прием алкоголя и наркотиков отрицает

Гинекологический анамнез. Менструации с 14 лет . цикл 28 дней , регулярные ., продолжительность 10 дней, болезненные, обильные. Последние менструации в 50 лет, 2 беременности - 1 роды (щипцы), 1 выкидыша.

Перенесенные заболевания:, ветряная оспа , корь, коклюш, скарлатина. Хранический тонзиллит, в 1984 г. удален полип прямой кишки , миома матки. . Фиброзная мастопатия. Ожог глаза в 9 кл. . Разрыв сетчатки правого глаза, по поводу чего была проведена лазерная коагуляция. Аллергологический анамнез: сезонный, на пыльцу, проявляется коньюктивитом.

Группа крови В (II), Rh -.

Анамнез заболевания

Со слов больной ее беспокоила тошнота рвота после жирной и грубой пищи с молодого возраста, что при исключении их из рациона симптомы исчезали. Более выраженные периодические ноющие боли с сопровождение тошноты и рвоты стали беспокоить с 35-40 лет. Наблюдалась у гастроэнтеролога в местной поликлинике где, со слов больной, поставили диагноз холецистит и лечили желчегонными и спазмолитическими препаратами . соблюдала диету. Проводили ЭГДС и колоноскопию. (Результатов нет.)

В 2010 году случился первый приступ с опоясывающими болями и рвотой, пациентка обратилась к гастроэнтерологу , после чего были прописаны Дюспаталин и Одестон, соблюдала строгую диету, исключила из рациона грубую и жирную пищу.

В марте 2011 года была госпитализирована в отделение кардиологии УКБ №1по поводу ИБС: стенокардии. Накануне поступления после погрешности в диете отметила боли в животе , постепенно усиливающиеся, однократный жидкий стул. Принимала спазмолитики с коротким положительным эффектом. Т- тела 38 С, интенсивные прогрессирующие боли в эпигастрии, По экстренным показаниям больную госпитализировали в отделение РХМ. . . (тяжелое состояние, АД 150/90).

Лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови: Нв-107 г/л , эр- 3,18х1012, ЦП-0,89, Л-5х109, ТР-275 тыс/мкл, СОЭ\_-21мм/час,

БХ -анализу: амилаза- 49 ед/л, АЛТ-27 ед/л, АСТ-24 ед/л, ОБ-11,7мг/дл. ) скопия органов брюшной полости: газожидкостных уровней и газа не обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости: ПЖ размерами: головка 24 мм., хвост 29мм., контуры ровные. В области тела с переходом на хвост паренхима железы с элементами невыраженной неоднородности. Главный панкреатический проток умеренно расширен на всем протяжении до 3мм..

КТ-органов брюшной полости: печень нормальных размеров однородной структуры, обычной плотности. В 8 сегменте определяется киста размером 7мм., внутрипечёнечные желчные протоки и системы воротной вены не расширены, желчный проток рентгеноконтрастных конкрементов не содержит. общий желчный проток расширен до 8 мм., воротная вена в области ворот 18 мм, селезеночная вена 10мм., верхняя брыжеечная 8мм., селезенка и надпочечники без особенностей. ПЖ расположена обычно, несколько увеличена, контуры железы нечеткие. Структура резко неоднородная, плотность снижена с наличием участков жирового перерождения и скоплений жидкости. Вирсунгов проток прослеживается на всем протяжении диаметром до 3,5 мм. капсула железы утолщена, по капсуле определяется жидкость. Окружающая жировая клетчатка тяжиста. свободной жидкости в брюшной полости нет. В полости малого таза определяется умеренное количество жидкости.

.03.2011 г. был установлен назоинтестинальный зонд , получала инфузионную, АБ, противопанкреатическую и противоязвенную терапию с выраженным положительным эффектом. назоинтестинальный зонд удален 28 марта 2011. Больная переведена на самостоятельное питание. Был поставлен диагноз: острый панкреатит, ИБС: стенокардия, гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени риск 4. Хронический холецистит вне обострения.

1.04.2011 г. была выписана под наблюдением местного хирурга и гастроэнтеролога с рекомендациями соблюдение диеты стол 5а, дробное питание, «креон 10000 Ед» с каждым приемом пищи. (Дюспаталин 200 мг 2 р/день, контролок 40 мг 1р/д.) Контрольное обследование через 1.5 месяца.

При повторных УЗИ- контроле ПЖ во всех отделах нормальных размеров и плотности, очаги некроза в области хвоста и тела в стадии рубцевания.

27.10.2011 МСКТ брюшной полости - печень нормальных размеров однородной структуры, обычной плотности. В 8 сегменте определяется киста размером 7 мм., Общий желчный проток до 7,5 мм. воротная вена в области ворот 13см., селезеночная вена 9мм.. в области дна желчного пузыря определяется взвесь рентгеноконтрастных конкрементов.

Селезенка без особенностей кпереди от ее передней поверхности определяется дополнительная долька размером 13х10,5мм. надпочечники утолщены на 6 мм, номальной формы дополнительных образований в них нет. ПЖ обычно расположена , несколько увеличена. Контуры железы нечеткие , структура неоднородная. Вирсунгов проток прослеживается на всем протяжении , диаметром до 3,5мм. Капсула железы утолщена. В области границы головки и тела железы определяется образование размером 17,5х14мм. с четкими ровными контурами. Жидкостной плотности не накапливающий препарат. Под телом ПЖ определяется аналогичное образование размером 11,5х10,5мм. кпереди от хвоста определяется аналогичное образование размером 23,5х16,5мм. окружающая жировая клетчатка не изменена. Почечно-лоханочная система без особенностей. Конкременты не выявлены. Мочеточники нормального диаметра на всем протяжении. Отмечаются парааортальные , парапанкреатические лимфоузлы и лимфоузлы брыжейки тонкой кишки размером до 8мм., аорта , нижняя полая вена не изменены. Матка смещена вправо. Контуры бугристые , структура неоднородна, определяются узлы размером 30х35мм, 32х24мм, 18х16мм. неоднородной структуры, накапливающий контрастный препарат - миоматозные узлы.

заключением: кт-картина псевдокист ПЖ, умеренные признаки панкреатита, киста почек, киста печени. Для уточнение изменений матки рекомендована консультация гинеколога.

До 30 сентября 2013 года состояние больной было стабильное, обострений не отмечалось. Принимала ферментный препарат Креон 10000, контролок,дюспаталин. Соблюдала диету.

В 30.09.2013 г. с жалобами на интенсивной боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, сухость во рту была госпитализирована отделение РХМДиЛ УКБ №1 откуда 1.10.2013г. по экстренным показаниям поступила КФХ для обследования и определения тактики лечения.

Общий анализ крови: Нв-124 г/л , эр- 4,06х1012, ЦП-0,89, Л-7,1х109, ТР-189 тыс/мкл, СОЭ\_-17мм/час,

БХ -анализу: общ.белок -64,4г/л. Глю.-6,0 ммоль/л, азат.м.-2.8 ммоль\л, креатинини -0,62 мг/дл, амилаза- 133 ед/л, АЛТ-11 ед/л, АСТ-20 ед/л, ГГТ-21ЕД\Л , ЩФ - 87 ед/л,ОБ-16,8мг/дл.

Диастаз мочи 136ед/л.

ЭКГ: синусовый ритм , нарушения левого предсердия, неполная блокада правой ветви пучка Гиса. Нарушение ST, пролонгированный QT.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена , контуры ровные, паренхима гомогенная. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен, конкрементов нет. ПЖ увеличена в области головки и тела, паренхима гидрофильна , умеренно неоднородная, контуры ровные ,четкие. Панкреатический проток расширен до 4 мм. в сальниковой сумке незначительное количество свободной жидкости. Селезенка и почки без патологических изменений. В полости малого таза незначительное количество свободной жидкости. Заключение:острый деструктивный панкреатит, оментобурсит.

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости: газожидкостных уровней и газа не обнаружено. Отмечается пневматоз тонкой и толстой кишки

.10.2013г. ЭГДС, установка назоинтестинального зонда. картина эрозивного гастрита, дуоденита, осмотреть БДС не удалось (торцевая оптика). Аппарат введен к дуаденоеюнальному переходу и оставлен для питания. Проводилась противопанкреатическая терапия с положительным эффектом, болевой синдром купирован. 14.10.2013 был удален НИ зонд, больная переведена на самостоятельное питание. В 18.10.203 г. удовлетворительном состоянии была выписана домой под наблюдением хирурга и гастроэнтеролога по месту жительства с рекомендациями: соблюдение диеты и режим питания (стол №5), омез - 1т 2р/д - 2 недели, креон 10000Ед 1т/3р/д во время еды, Одестон по 1т 3р/д за 30 мин до еды -2 недели.

Очередное консультирование была 24.12.2013 у местного гастроэнтеролога где получила рекомендации по соблюдение диеты, продолжение приема ферментных препаратов (Креон 10000Ед), контролок 40 мг за полчаса до завтрака, дюспаталин 200 мг 2р/д., проведение колоноскопии.

Пару недели назад с жалобами на тянущиеся боли в области эпигастрии, правом и левом подреберье с иррадиацией в спину. Приступообразные и усиливающиеся при нарушении диеты. Слабость , отсутствие аппетита. Постоянные запоры. Поступила в ФТК №2 УКБ №1 для проведения обследования и лечения.

praesens

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного: Активное

Выражение лица: спокойное

Тип телосложения: нормостенический

Рост: 160 см, вес: 48 кг

Температура тела 36,7 С0

Кожные покровы: Кожа смуглая чистая, без каких либо особенностей. Рост волос не нарушен, по женскому типу. Кожные покровы сухие, эластичность снижена.

Подкожная клетчатка: Подкожный жировой слой развит очень слабо. По индексу массы тела имеется недостаток в весе.

Лимфатическая система: При осмотре лимфатические узлы не видны и не пальпируются. Прилегающие к ним кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Подчелюстные, подбородочные, околоушные, заушные, затылочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система: Мышечная система развита слабо, симметрична. Безболезненна при пальпации. Атрофии и гипертрофии мышц не отмечается. Гиперкинетических расстройств не наблюдается. Мышечная сила удовлетворительная.

Костная система:

Жалоб на боли в позвоночнике на уровне поясничного отдела. При исследовании костей черепа, грудной клетки, таза, конечностей, деформаций, болезненности при пальпации и поколачивании не отмечается.

Суставная система:

Жалоб нет. При осмотре суставы без изменений .Кожные покровы над ними не изменены. При пальпации суставов их припухлости, деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений полоностью сохранен, при движении боль, хруст и крепитация отсутствует.

Система дыхания:

Жалобы: Жалоб на момент обследования по поводу дыхания не предъявляет.

Исследование верхних дыхательных путей: дыхание через нос свободное, ощущение сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается, носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух как самостоятельных, так и при давлении и покалачивании не отмечается.

Гортань: жалоб нет, боли при разговоре и глотании нет. Голос чистый. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании болезненности не определяется.

Осмотр грудной клетки: грудная клетка нормостенического типа, конической формы (переднезадний размер меньше бокового, надключичные ямки выражены незначительно, эпигастральный угол около 90 градусам, ребра в боковых отделах имеют умеренное косое направление, лопатки плотно прилегают к грудной клетке и располагаются на одном уровне). Деформаций грудной клетки не выявлено. Левая и правая половины грудной клетки симметричны, при дыхании движутся синхронно. Над- и подключичные ямки обозначены незначительно, одинаково выражены с обеих сторон. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне. Тип дыхания смешанный с преобладанием грудного. Частота дыхания - 16 в минуту, ритм дыхания правильный.

Ощупывание грудной клетки: при пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, над симметричными участками ощущается с одинаковой силой.

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не выявлено.

Верхняя граница.

Спереди.Высота стояния над ключицей: справа -3 см, слева -3 см,

Сзади. На уровне остистого отростка VII шейного позвонка:

Ширина полей Кренинга. Справа 5см., слева 5 см.

Нижняя граница.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа  | слева |
| Окологрудинная линия | V межреберье | - |
| Среднеключичная  | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро  |
| Околопозвоночный уровень остистого отростка | Остистый отросток XI грудного позвонка |  Остистый отросток XI грудного позвонка |

Аускультация легких: при аускультации над легкими определяется нормальное везикулярное дыхание. крепитация и шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония не изменена, одинакова с обеих сторон.

Система пищеварения:

Жалобы на: тянущиеся боли в области эпигастрии, с иррадиацией в спину, приступообразные и усиливающиеся при нарушении диеты, отсутствие аппетита.

Исследование органов пищеварения:

Полость рта: запах обычный; язык влажный, не обложен .Слизистая полости рта бледно-розового цвета; высыпания, изъязвлений, афт нет. Десны розовой окраски, не кровоточат.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая, отека нет.

Исследование живота:

Осмотр живота: живот плоской формы. Втяжений и выпячиваний как в покое, так и при глубоком дыхании и натуживании не отмечается. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. Видимой пульсации, перистальтики не наблюдается. Живот уменьшен за счет отсутствия подкожно жировой клетчатки, вследствии похудания больной за 2 года на 18 кг.

Перкуссия живота: при перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Симптом флюктуации отрицательный, асцита нет. Кисты отсутствуют.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота: при поверхностной пальпации живот мягкий. Отмечает незначительную болезненность в эпигастрии При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховое кольцо) грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Влажность кожных покровов нормальная. Зон кожной гиперальгезии нет.

Исследование печени и желчного пузыря:

Пальпация печени: печень пальпируется на уровне реберной дуги по левой среднеключичной линии, нижний край ровный, слегка заостренный, эластичной консистенции, безболезненный, поверхность печени гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется.

Исследование поджелудочной железы. Поджелудочная железа не пальпируется. При поверхностной пальпации живота определяется незначительная болезненность в области проекции головки и тела.

Исследование селезенки: верхняя граница- на уровне IX ребра, нижняя граница- на уровне XI ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за l.costoarticularis sinistra. Размеры селезеночной тупости: поперечник- 6 см, длинник-8 см. Селезенка не пальпируется.

Система кровообращения:

Жалобы: на повышенное артериальное давление.

Исследование сердечно-сосудистой системы:

Осмотр сосудов шеи: видимых пульсаций сонных артерий не наблюдается.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, не пальпируется, размытый. Сердечный толчок отсутствует.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

Относительная тупость;

Правая граница - у правого края грудины на уровне VI межреберья.

Верхняя граница -3 межреберье

Левая граница - на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии V межреберье.

Поперечник относительной тупости 14 см, ширина сосудистого пучка 6 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Абсолютная сердечная тупость:

правая граница - по левому краю грудины

левая граница - 2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца

верхняя граница - на уровне 4 ребер

ширина абсолютной тупости - 9 см

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Аускультация сердца:

Тоны сердца ясные. Ритмичные Частота сердечных сокращений - 74 в мин.. Патологических шумов не выслушиваются.

Исследование сосудов:

Жалобы на повышенное артериальное давление. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, подколенные артерии и артерии стопы неизвитые, плотные, с толстыми стенками. Симптом «щипка» отрицательный.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 74 ударов в минуту, хорошего наполнения, повышенного напряжения, нормальной величины и формы.

На момент осмотра артериальное давление. АД 120/80. ЧСС 74 уд/мин

Эндокринная система:

Жалобы:

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов эндокринной системы, пациентка не предъявляет. Жажды нет. Тремор пальцев рук, щёк, языка отсутствует.

Осмотр:

Характер оволосения по мужскому типу. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается.

Исследование щитовидной железы:

Щитовидная железа не пальпируется. Безболезненна при ощупывании. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади - 38 см. Отсутствие экзофтальма, мелкого тремора пальцев вытянутых рук, повышенного блеска или тусклости глазных яблок не отмечается.

Система мочеотделения.

Жалобы: на момент осмотра жалоб, указывающих на патологические изменения органов мочеотделения, не выявляется. Мочеиспускание свободное. Боли при мочеиспускании нет. Диуретических расстройств не выявлено. Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют.

Осмотр:

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

Исследования почек и мочевого пузыря:

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого (симптом поколачивания по поясничной области) отрицательный с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Мочевой пузырь перкуторно и пальпаторно не выступает над лонным сочленением.

Нервно-психическая сфера:

Пациент правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Сильные головные боли на фоне повышенного артериального давления, головокружения, обмороков нет. Сон нарушен, с продолжительностью 3-4 часов. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения удовлетворительное.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается.

Предварительный диагноз: хронический панкреатит неясной этиологии.

План обследования

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови(гемоглобин, гематокрит)

Биохимический анализ крови

Клиренс креатинина

Общий анализ мочи

Общий анализ кала.

Исследование на ВИЧ,RW и гепатит.

Коагулограмма

Инструментальные исследования:

ЭКГ

ЭГДС

Видеоэндоскопия.

УЗИ брюшной полости и области сердца

Суточное мониторирование АД

. КАГ

Консультация других специалистов.

Рентген грудной клетки.

Общий анализ крови (Группа крови А (II) Rh «+»)

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 3,739 х1012/л |
| Лейкоциты | 3,52 х109/л |
| нейтрофилы | 44,64% |
| Лимфоциты | 43,55% |
| Моноциты | 7,66% |
| Эозинофилы | 3,846% |
| базофилы | 0,31% |
| Тромбоциты | 163,2х109/л |
| Hb | 115,9 г/л |
| СОЭ | 3 мм/ч |
| ЦП | 0,91 |
| МНС | 31.00 пкГр |
| МСНС | 34.92 г/дл. |

Биохимический анализ крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование  | Результат  | Норма  |
|  | Белок общий | 61,9 | 60-83 г/л |
|  | Альбумин  | 41.30 | 35-52 г/л |
|  | Глюкоза  | 5.40 | 3.3-5.5 ммоль/л |
|  | Креатинин  | 0.85 | 0.5-1.2 мг/дл |
|  | Азот мочевины | 8.5 | 3.2-8.2 ммоль/л |
|  | Мочевая кислота | 218.30 | 145-415 ммоль/л |
|  | Билирбин общий  | 16.8 |  3-21 мкмоль/л |
|  | Натрий  | 135 | 132-416 ммоль/л |
|  | Калий | 4.6 | 3.5-5.5 ммоль/л |
|  | Кальций  | 2.70 | 2.15- 2.58 ммоль\л |
|  | Mg | 0.78 | 0.65-1.05 ммоль\л |
|  | Холестерин | 4.86 | 3.88-6.47 ммоль\л |
|  | Триглицериды | 0.51 | 0.57-2.28 ммоль/л |
|  | ЛПВП | 1.33 | 0.7-2.3 ммоль/л |
|  | ЛПНП | 3.43 | 2.6-4.2 ммоль/л |
|  | ЛПОНП | 0.1 | 0.114-0.455 ммоль/л |
|  | АСТ | 21 | 0-40 ед/л |
|  | АЛТ | 12 | 0-41ед/л |
|  | Щелочная фосфатаза | 142.00 | 0-270 ед/л |
|  | ГГТ | 9.00 | 5-61 ед/л |
|  | КФК общ. | 38.00 | 0-190 ед/л |
|  | КФК МВ | 24.00 | 0-24 ед/л |
|  | Гликолизированный гемоглобин | 6.00 | 4.8-6.0 |
|  | ЛДГ | 222.00 | 240-480 ед/л |
|  | амилаза | 53.9 | 28-100 ед/л |
|  | железо | 23.28 | 9.0-30.4 мкмоль/л |
|  | КА расч. | 2.65 | 1.2-4.2 |

E 7,81 МЕ/мл (норма 0-100)

Анализ мочи

Цвет-желтый, рН- 5, уд.вес- 1004, белок - 0,56 %о , сахар, ацетон,- отр., уробилин- норма,

эпител. клетки- немного, лейкоциты - 3-5.в п.зр., эритроциты - ед. в поле зр.,

слизь немного. Амилаза - 52,1мг/мг/час (20-120).

Анализ кала

Эластаза - 442мкг/г

Реакция на кровь с бензидином - отриц. Цвет норм., слизь немного, реакция на стеркобилин +, микроскопия: мыш.волокна сохранившие ++, несохранившие ++, соедин.ткань -, нейтральный жир +, жир.к-ты -, мыла +, крахмал +, клетчатка переваренная +++, непереваренная ++, йодофильная флора +-, лейкоциты -, эритр.-, яйца глист и простейших - .

Гормоны:Т3своб.-4,80пмоль/л, Т4-10,2 пмоль/л, ТТГ- 69,0 МЕ/мл

Коагулограмма

Протромбин - 77 %(70-100), фибриноген - 3,13г/л (1,8-4,0); МНО - 1.12 (0.90-1.16)

ВИЧ,RW и гепатит В и С - отриц.

Видеоэндоскопия . фиброскоп введен свободно. В пищеводе просвет свободно проходим, розетка кардии на 40 см. от передних резцов, смыкается неполностью. В области Z- линии полип до 5-7 мм. на узком основании. Слизистая пищевода с обычным сосудистым рисунком, в дистальной части участками белесоватая. В желудке жидкость ислизь , слизистая желудка эластичная учасками неравномерно окрашена. Складчатый рельеф обычный, перистальтика прослеживается. Привратник и луковица не изменены, свободно проходимы. Слизистая луковицы с обычным ворсинчатым рисунком. Рубцовых изменений не выявлено. В нисходящем отделе кишки и области фатерово соска без особенностей. Заключение: органических изменений не выявлено. Явление очагового гастрита. Полип области пищеводно-желудочного прехода.

Узи брюшной полости.

В брюшной полости свободной жидкости не выявлено. Выраженный метеоризм. Печень - не увеличена,контуры ровные(пр.доля 130 ммм., л.доля 43мм.) на видимых участках паренхима неизменена. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, воротная вена до 9 мм, кровоток гепатопетальный, азный, диаметр нижней полой вены до 12 мм. желчный пузырь -97х39мм, неправильной формы, перегиб в области тела у шейки, стенки не изменены, в просвете мелкие конкременты дающие слабую УЗ тень. Общий желчный проток 4,9мм. Поджелдочная железа -нормальных размеров и структуры. ГПП не расширен. Селезенка - 109х44 мм, паренхима однородной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости не отмечается. Забрюшинные л/узлы не визуализируются. Почки: нормальных размеров. Обычно расположены, с неровными контурами, толщина паренхимы до 17-19мм, синусы не расширены, конкрементов нет. В правой почке в паренхиме киста 30 мм, в левой почке синусе киста 21 мм. левая почка повышенной подвижности, расположена ниже нормы. Области надпочечникв не изменены.ЧЛС - не расширены,. Заключение: мелкие конкременты желчного пузыря. Кисты почек. Опущение левой почки.

Консультация у кардиолога: у пациентки ГБ 2 стадии 3 степени повышения АД, риск 4. Нарушения ритма и проводисмости, пароксизмальная форма фибрилляции и трепетание предсердий. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. На ЭКГ от 20.05.2014 нормосистолия, дигоксин отменить,при сохранении фибрилляции и трепетания предсердий, принято решения об отмене кордарона и назначение В -Аб с сочетанием сердечных гликозидов.

Диагностический поиск.

Анализ жалоб больного и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего болевой синдром в эпигастральной области, имеющий весьма характерные свойства: это опоясывающий характер, иррадиация в спину. Синдром кишечной диспепсии и дискинезии. Боли в эпигастрии бывают при большом количестве заболеваний: хроническом гастрите, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, хроническом холецистите, хроническом панкреатите, заболеваниях печени. Однако боли у больной весьма характерны - это тянущиеся боли, не связанные с приемом пищи, боли усиливаются при нарушении диеты, которую соблюдала пациентка с молодого возраста, т.е. исключала из рациона грубую и жирную пищу. Учитывая характер боли, отсутствие связи с приемом пищи и усиление болевого синдрома при нарушение диеты мы можем предположить , что у больной нарушение с ферментным пищеварением или же проблема в гепатобилиарной системе. Подобная клиническая картина не свойственна другим перечисленным заболеваниям, хотя и они сопровождаются болевым синдромом в эпигастрии (однако боли при перечисленных заболеваниях носят совершенно иной характер: например, при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией нет ночных болей, после еды боли появляются в эпигастрии достаточно быстро, преобладают не столько боли, а изжога, отрыжка кислым содержимым, тяжесть в эпигастрии после еды). Еще из анамнеза заболевания известно, что у больной имеются случаи острого деструктивного панкреатита ,которые довольно достоверно подтверждались инструментальными и лабораторными исследованиями. Расширение панкреатического протока и изменения формы желчного пузыря и к тому же в 27.10.2011 при МСКТ брюшной полости в области дна желчного пузыря выявление взвесь рентгеноконтрастных конкрементов, дает нам возможность заподозрить этиологию. Следовательно, информация, полученная на I этапе диагностического поиска, в данном случае оказалась весьма ценной.

На II этапе диагностического поиска информации которой мы могли бы назвать полезной отсутствует. Есть только лишь косвенные признаки, но весьма характерные для данной патологии- это значительное похудание пациентки ( почти на 20 кг.) И незначительная болезненность при пальпации живота в области проекции поджелудочной железы.

На III этапе диагностического поиска мы получаем достаточную информацию, чтоб установить диагноз. после проведенной УЗИ брюшной полости мы имеем: желчный пузырь -97х39мм, неправильной формы, перегиб в области тела у шейки, стенки не изменены, в просвете мелкие конкременты дающие слабую УЗ тень. Общий желчный проток 4,9мм. Поджелдочная железа -нормальных размеров и структуры. ГПП не расширен, видеоэндоскопия: в нисходящем отделе кишки и области фатерово соска без особенностей. Из лабораторных данных: мыш.волокна сохранившие ++, несохранившие ++, соедин.ткань -, нейтральный жир +, клетчатка переваренная +++, непереваренная ++, Эластаза - 442мкг/г.

Клинический диагноз: хронический билизависимый панкреатит в фазе ремиссии. ЖКБ, дискинезия толстого кишечника, ГБ 2 стадии 3 степени повышения АД, риск 4. Нарушения ритма и проводисмости, пароксизмальная форма фибрилляции и трепетание предсердий. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

панкреатит жалоба лечение

Лечение

Диета столь №5

омез - 1т 2р/д - 2 недели,

креон 10000Ед 1т/3р/д во время еды,

Одестон по 1т 3р/д за 30 мин до еды -2 недели.

контролок 40 мг за полчаса до завтрака,

дюспаталин 200 мг 2р/д.