ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: больная П.

Возраст: 55 года.

Пол: женский

Место проживания: г. Камышин

Должность и место работы: фельдшер в фельдшерско-акушерском пункте

Профессия: фельдшер

Дата поступления: 14.04.14 г.

Дата курации: 23.04.14 г.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Основные: на тупые, ноющие, интенсивные, приступообразные боли по всему животу, возникающие периодически в течение дня в состоянии покоя и проходящие после приема спазмолитических ( дротаверин) и анальгезирующих (кеторол) средств; вздутие живота; тошноту; однократную рвоту, не приносящую облегчения, возникающих после приема пищи.

Дополнительные: приступообразные малоинтенсивные колющие боли в области сердца длительностью пару минут, возникающие в покое, сопровождающиеся тахикардией, слабостью и купирующиеся самостоятельно.

Выводы по жалобам: исходя из жалоб, можно заподозрить: Хронический панкреатит, период обострения

MORBI

Больной себя считает с 2004 года (10лет), когда после перенесенной острой токсикоинфекции, появились периодически возникающие( 2-3 р в год) ноющие неинтенсивные боли разлитого характера, сопровождающиеся метеоризмом, тошнотой и однократной рвотой. Боли возникали в покое, купировались приемом спазмолитиков ( дротаверин) и анальгетиков( баралгин, кеторол). За медицинской помощью не обращалась.

В 2009 году после приема обильной жирной пищи появилась интенсивная боль в эпигастральной области опоясывающего характера, боль сопровождалась тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, и плохо купировалась препаратами, использованными ранее для снятия приступов. В связи с этим была госпитализирована в хирургическое отделение по месту жительства с диагнозом хронический панкреатит. Было назначено лечение панкреатином, омепразолом, гастроцепином, диета. После выписки из стационара отмечала улучшение самочувствия. Приступы появлялись не чаще 2 раза в год

За последний год отмечает учащение приступов до 1 раза в месяц.

.04 на фоне нарушения диеты начали беспокоить острые, разлитые, интенсивные боли, приступообразного характера, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, плохо купирующие спазмолитиками и анальгетиками, 7.04 была госпитализирована в отделение хирургии по месту жительства с диагнозом: Хронический панкреатит с нарушение внешнесекреторной функции, стадия обострения и направлена 14.04 на плановую госпитализацию в отделение гастроэнтерологии 3КГБ им. Миротворцева.

Выводы: исходя из жалоб на тупые, ноющие, интенсивные, приступообразные боли по всему животу, возникающие периодически в течение дня в состоянии покоя и проходящие после приема спазмолитических( дротаверин) и анальгезирующих средств(кеторол); вздутие живота, тошноту, однократную рвоту, не приносящую облегчение, возникающие после приема пищи и развития заболевание: впервые боли в животе возникли на фоне перенесенной острой токсикоинфекции, учащение приступов, можно заподозрить: Обострение хронического панкреатитаVITAE

Родилась в 1959 году в г. Камышин, была третьим ребенком в семье. В физическом и психическом развитии не отставала от сверстников. Работает фельдшером в фельдшерско-акушерском пункте. Условия труда нормальные, график и режим питания не нормированы.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет, в настоящее время соблюдает диету.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, острый гайморит. Туберкулез, вирусный гепатит, ВИЧ, венерические заболевания у себя и у родственников отрицает.

Гинекологический анамнез: в настоящий момент у больной менопауза. Menses с 14 лет, цикл регулярный. Беременности три, двое родов. Роды в срок, без особенностей. Дети здоровые

Перенесённые операции: нет.

Аллергологический анамнез: не отягощён.

Наследственность - не отягощена.

PRAESENS UNIVERSALIS

Состояние удовлетворительное. Т-36.6 С.Сознание ясное. Положение активное. Нормостенический конституционный тип, рост 165 см, вес 70 кг. Телосложение правильное. Выражение лица спокойное. Кожные покровы обычного цвета, сухие, тёплые на ощупь, тургор снижен. Пигментация и депигментация отсутствуют. Высыпаний нет. Оволосение по женскому типу. Ногти овальной формы, розового цвета, ногтевые пластинки не изменены. Видимые слизистые розовые, влажные, высыпания на слизистых отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Мышечная и костная системы развиты удовлетворительно, болезненности при пальпации не наблюдается.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. ЧД 22 в мин. Дыхание ритмичное. Дыхание через нос свободное. При сравнительной перкуссии симметричных участков грудной клетки отмечается ясный лёгочный звук. При пальпации грудной клетки эластичность умеренно снижена. При ориентировочной и точечной пальпации грудная клетка безболезненна. Шума трения плевры нет. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричные участки грудной клетки.

При топографической перкуссии верхние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушки легких над ключицей | 4 см | 4 см |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| Высота стояния верхушки легких сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

При топографической перкуссии нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Справа | Слева |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

При аускультации над всеми полями выслушивается везикулярное дыхание. Над гортанью, трахеей, в месте бифуркации трахеи и в межлопаточном пространстве выслушивается бронхиальное дыхание. Хрипов, крепитации и шума трения плевры нет. Бронхофония одинаково проводится на симметричные участки грудной клетки.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Выпячивания в области сердца, видимой пульсации нет. Набухания шейных вен, “пляски каротид”, положительного венного пульса нет.

При пальпации области сердца: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии, нормальной силы, площадью 2 кв. см. Другой пульсации и зон гиперестезии и пальпаторной болезненности не выявлено.

Перкуссия сердца.

Границы относительной сердечной тупости:

левая: на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье;

правая:по правому краю грудины в четвертом межреберии;

верхняя: нижний край 3 ребра.

Границы абсолютной тупости:

правая граница- по левому краю грудины;

левая граница- на 1 см кнутри от границы относительной тупости;

верхняя граница-4 ребро.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье равна 5 см.

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается систолический щелчок в сочетании с поздним систолическим шумом. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.

ЧСС 70 ударов в минуту. Пульс ритмичный, пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицит пульса и pulsus diferens не определяются.

Артериальное давление на плечевых артериях / по методу Короткова / 100/60 мм.рт.ст.

Двойной шум Виноградова-Дюрозье, двойной тон Траубе не определяются. Шум волчка не выслушивается.

Расширенных вен грудной клетки, брюшной стенки нет.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Слизистая ротовой полости, чистая, язык обложен белым налетом, влажный. Десны не кровоточат, без воспалительных явлений. Живот симметричный, не вздут. Брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. При поверхностной пальпации живот мягкий, отмечаются уплотнение и болезненность в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

Исследование печени

Увеличение и пульсации в области печени не выявлено.

Пальпаторно: печень не увеличена. Нижняя граница по краю ребеной дуги. Желчный пузырь не пальпируется.

Верхняя абсолютная граница печеночной тупости располагается по linea parasternalis dextra по нижнему краю четвертого ребра, linea medioclavicularis dextra - шестое ребро, linea axillaris ant dextra -восьмое ребро.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии - 9 см

по срединной линии - 8 см

по краю реберной дуги - 10 см

Селезенка перкуторно располагается между IX и XI ребрами, размером 4 на 6 см.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Моча соломенно-желтая. Примеси крови в моче нет.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Сознание ясное, больная ориентирована во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, отмечает незначительное ослабление памяти и внимания. Острота зрения снижена, двоения в глазах, птоза нет движения глазных яблок в полном объеме. Реакция на свет в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа визуально и пальпаторно не увеличена. Глазные симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Развитие и тонус мускулатуры нормальные. Мышечная сила удовлетворительная. Скелет пропорциональный. Утолщений периферических фаланг пальцев рук и ног нет. Переломов в анамнезе нет. Конфигурация суставов в норме, отеки отсутствуют, подвижность не ограничена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ЖАЛОБ И ОСМОТРА

|  |  |
| --- | --- |
| Признаки | Синдромы |
| 1. Тупые, ноющие, интенсивные, приступообразные боли по всему животу, возникающие периодически в течение дня в состоянии покоя и проходящие после приема спазмолитических ( дротаверин) и анальгезирующих (кеторол) средств. При поверхностной отмечается уплотнение и болезненность в эпигастральной области. | Болевой синдром |
| 2. Вздутие живота; тошноту; однократную рвоту, не приносящую облегчения, возникающих после приема пищи. | Синдром диспепсии |
| 3. При аускультации на верхушке сердца выслушивается систолический щелчок в сочетании с поздним систолическим шумом, приступы сердцебиения, артериальное давление 100/60. | Синдром пролапса митрального клапана |

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

панкреатит жалоба боль живот

|  |  |
| --- | --- |
| Критерий диагноза. | Заболевания, для которых характерен данный критерий. |
| Этиология или факторы риска: Нарушение качества питания (острая токсикоинфекция, употребление жирной пищи); Женский пол; | Хронический панкреатит, хронический гастрит, хронический энтерит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. |
| Развитие заболевания: Предболезнь-период воздействия факторов риска. Болезнь: Первое проявление болезни: ноющие неинтенсивные боли разлитого характера, сопровождающиеся метеоризмом, тошнотой и однократной рвотой не приносящей облегчения. Разгар заболевания: учащение болевых приступов, повышение интенсивности боли, ухудшение общего состояния. Стадия ремиссии: отсутствие болевых приступов, улучшение общего состояния, уменьшение диспептических расстройств. | Хронический панкреонит, хронический гастрит, хронический холецистит. |
| 3.Характер поражения органов: болевой синдром; синдром диспепсии; синдром пролапса митрального клапана. | Хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гастрит, пролапс митрального клапана. |
| 4.Эффективность лечения: улудшение самочувствия и уменьшение частоты приступов на фоне приема панкреатина, омепразола, гастроцепина и на фоне диеты. | Хронический панкреатит |

Учитывая наиболее частую встречаемость в правой половине таблицы такого заболевания, как хронический панкреатит, наиболее логичным будет склониться в пользу данной гипотезы.

Предварительный диагноз: хронический панкреатит, фаза обострения.

Сопутствующие заболевания: пролапс митрального клапана.

Осложнения: отсутствуют.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Цель обследования | Методы обследования |
| Для выявления воспалительного процесса в поджелудочной железе. | Общий анализ крови. |
| Для выявления повышения активности ферментов поджелудочной железы (амилазы, трипсина, липазы, эластазы) | Б/х анализ крови, анализ мочи на амилазу, общий анализ кала. |
| Для измерения показателей панкреатической секреции. | Исследование желудочного сока, исследование содержимого двенадцатиперстной кишки |
| Выявление эндокринной недостаточности поджелудочной железы. | Консультация эндокринолога, определение гликемического профиля |
| Визуализация изменений поджелудочной железы. | УЗИ |
| Установить вовлечение в патологический процесс других органов и систем. | Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, электролиты крови, RW, Hbs, ВИЧ, гр. крови, Rh-фактор. |

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4.5х1012 /л |
| Гемоглобин | 151 г/л |
| Цветной показатель | 1,0 |
| Тромбоциты | 300000 тыс. в 1 мкл крови. |
| Лейкоциты | 5,0 х 109 /л |
| Базофилы | 3% |
| Эозинофилы | 5 % |
| Нейтрофилы: Миелоц. | - |
| Юные | 1% |
| Палочкоядерные | 5% |
| Сегментоядерные | 53 % |
| Лимфоциты | 29 % |
| Моноциты | 4 % |
| СОЭ | 25 мм/час |

Общий анализ крови показывает умеренное увеличение острофазовых показателей: СОЭ = 25мм/час при норме для женщин 2 - 15 мм/час, так же имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Белок и белковые фракции

Содержание общего белка -СИ = 7г %(N=6,5-8,5г %)

Альбумин сыворотки и плазмы -СИ = 4,5г % (N=3,5-5,5г %)- глобулин 0,4г % (N=0,4г%)

a2 - глобулин 0,8г % увеличено количество a2 - глобулинов

(N=0,6г %) так же увеличение острофазовых показателей.- глобулинов 0,9г % (N=0,9г%)

g -глобулинов 1,9г % - несколько увеличены (N=1,5г %)

фибриногена 4г % (N=2-4г %)

СРБ - (++) - появление СРБ - белка острой фазы.

Амилаза и изоферменты, липаза, трипсин в крови и моче, трипсин.

Активность амилазы сыворотки крови - 220 г/ час/ л(N=12-32г/час/л)

Активность амилазы мочи -261 г/л /час(N=20-160г/л/час)

В сыворотке крови увеличена II-фракция изоферментов - 75%(N=55±9%)

Липаза сыворотки крови - 480 ЕД/л.(N = 0-160ЕД/л)

Трипсин - 120мкг/л(N=10-60)

Значительно повышено содержание в крови и моче ферментов поджелудочной железы, что подтверждает обострение хронического панкреатита.

Щелочная фосфотаза = 2,4 ммоль/час/л. (N=1-3ммоль/час/л)

Общий анализ мочи

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок нет

сахар нет

Микроскопия осадка.

Эпителиальные клетки

Плоские 1-1-2

Лейкоциты 2-3-3

Эритроциты 0-1-0

Слизь +

Бактерин +

УЗИ поджелудочной железы

Поджелудочная железа - головка - 38 мм, тело - 25 мм, хвост - 37 мм, увеличена, контуры не ровные, эхоструктура не однородная; Вирсунгов проток расширен - 4,7 мм.

|  |  |
| --- | --- |
| Признаки | Синдромы |
| 1. Тупые, ноющие, интенсивные, приступообразные боли по всему животу, возникающие периодически в течение дня в состоянии покоя и проходящие после приема спазмолитических ( дротаверин) и анальгезирующих (кеторол) средств. При поверхностной отмечается уплотнение и болезненность в эпигастральной области. | Болевой синдром |
| 2. Вздутие живота; тошноту; однократную рвоту, не приносящую облегчения, возникающих после приема пищи. | Синдром диспепсии |
| 3. При аускультации на верхушке сердца выслушивается систолический щелчок в сочетании с поздним систолическим шумом, приступы сердцебиения, артериальное давление 100/60. | Синдром пролапса митрального клапана |
| 4.Тупые, ноющие, интенсивные, разлитые, приступообразные боли в животе. Уплотнение и болезненность в эпигастральной области. СОЭ = 25мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СРБ - (++) - появление СРБ - белка острой фазы | Общевоспалительный синдром |
| 5. Тупые, ноющие, интенсивные, разлитые, приступообразные возникающие периодически в течение дня в состоянии покоя, после приема жирной пищи и проходящие после приема спазмолитических (дротаверин) и анальгезирующих (кеторол) средств. При поверхностной отмечается уплотнение и болезненность в эпигастральной области. Повышение содержание в крови и моче ферментов поджелудочной железы. Поджелудочная железа - головка - 38 мм, тело - 25 мм, хвост - 37 мм, увеличена, контуры не ровные, эхоструктура не однородная; Вирсунгов проток расширен - 4,7 мм. | Синдром поражения поджелудочной железы |

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |
| --- | --- |
| Критерий диагноза. | Заболевания, для которых характерен данный критерий. |
| Этиология или факторы риска: Нарушение качества питания (острая токсикоинфекция, употребление жирной пищи); Женский пол; | Хронический панкреатит, хронический гастрит, хронический энтерит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. |
| Развитие заболевания: Предболезнь-период воздействия факторов риска. Болезнь: Первое проявление болезни: ноющие неинтенсивные боли разлитого характера, сопровождающиеся метеоризмом, тошнотой и однократной рвотой не приносящей облегчения. Разгар заболевания: учащение болевых приступов, повышение интенсивности боли, ухудшение общего состояния. СОЭ = 25мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СРБ - (++) - появление СРБ - белка острой фазы Повышение содержание в крови и моче ферментов поджелудочной железы. УЗИ поджелудочной железы - головка - 38 мм, тело - 25 мм, хвост - 37 мм, увеличена, контуры не ровные, эхоструктура не однородная; Вирсунгов проток расширен - 4,7 мм. Стадия ремиссии: отсутствие болевых приступов, улучшение общего состояния, уменьшение диспептических расстройств. | Хронический панкреонит, хронический гастрит, хронический холецистит. |
| 3.Характер поражения органов: болевой синдром; синдром диспепсии; синдром пролапса митрального клапана. Общевоспалительный синдром Синдром поражения поджелудочной железы | Хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гастрит, пролапс митрального клапана. |
| 4.Эффективность лечения: улудшение самочувствия и уменьшение частоты приступов на фоне приема панкреатина, омепразола, гастроцепина и на фоне диеты. | Хронический панкреатит |

Основной диагноз: хронический панкреатит, фаза обострения.

Сопутствующие заболевания: пролапс митрального клапана.

Осложнения: отсутствуют.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Цели | Задачи | Средства и методы | прогноз | Качество жизни |
| Воздействие на этиологию. | -Удлинить фазу ремиссии, предотвратить прогрессирование заболевания. - Добиться улучшения качества жизни больного. | Изменение режима и характера питания (3-5дней голод, парентеральное питание, далее стол №1); Устранение профессиональных и других вредностей; | ++ | ++ |
| Воздействие на факторы патогенеза, компенсации | - Купировать воспалительные изменения и сократить продолжитель-ность обострения. | Антисекреторные препараты: а) Н2- блокаторы (Циметидин, Ранитидин, Зонтак) б) Блокаторы протонной помпы (Омепразол) | ++ | ++ |

: Tab. Omeprazoli 0,02.S. по 1 таблетке 1 р/д

Rp: Tab. Aciloc 0,3

D.S. по 1 таблетке 2 р/сут.