# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Томск, 2014 г.

Общие сведения о больном

1. Пациент ФИО

. 57 лет

3. Образование - среднее

. Место работы - не работает

. Семейное положение - не женат

. Место жительства г.Томск

. Дата поступления в клинику 28.11.2014

. Дата курации 28.11.2014;29.11.2014;1.12.2014

. Диагноз направления - Механическая желтуха

Диагноз клинический: Механическая желтуха. Дилатация желчевыводящих путей. ЖКБ. Холедохолитиаз. choledocholitiasis. Cholecystolitiasis.

10. Сопутствующее заболевание - шизофрения.

ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

Жалобы больного

Жалобы на желтушность кожных покровов.

желтушность кожный печень холедохолитиаз

История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi)

Заболел 31.10.2014. появилась яркая желтушность кожных покровов и склер. Был доставлен в 3ГБ, выставлен диагноз - желтуха неуточненной этиологии. Проводилась инфузионная терапия, спазмолитики, наблюдение инфекционистом, терапевтом, хирургом. Не смотря на проводимое лечение состояние без видимой положительной динамики(10.11.2014)

Отправлен по СМП в клинику им. А.Г,Савиных, где находился с диагнозом:

. Токсический гепатит, возможно лекарственной и алкогольной этиологии.

. ЖКБ, хронический калькулезный холецестит, холедохолитиаз. Осложнение - желтуха смешанного генеза.

Выписан 25.11.2014.

.11.2014 по СМП был доставлен в дежурный хирургический стационар МСЧ №2. Диагноз оставлен тот же, рекомендовано при увеличении прямого и непрямого биллирубина в дежурный хирургический стационар.

.11.2014 в экстренном поряжке госпитализирован в хирургическое отделение 3ГБ.

История жизни (anamnesis vitae)

## Место рождения - г.Томск

1. Материально-бытовые условия в раннем возрасте - жил и развивался нормально. В возрасте 8и лет пошел в школу, окончил 11 классов.
2. Трудовой анамнез - работал водителем, сварщиком и лесником.
3. Бытовые условия:

- жилищные условия - проживает в общежитии ТКПБ

- характер питания - питание регулярное, разнообразное.

-пребывание на воздухе - регулярное.

1. Привычные интоксикации: отрицает.

8. Операций, травм не было.

Семейный анамнез

Наследственных заболеваний нет.

Эпидемиологический анамнез

1. С инфекционными больными контакт отрицает
2. С лихорадящими больными общения не было
3. В течение последних 1,5-2 мес. никуда не уезжал.
4. Профилактические прививки все согласно прививочной карте.

# Аллергологический анамнез

Аллергологических заболеваний в семье не наблюдается.

# ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Осмотр

1. Общее состояние средней тяжести.

2. Положение больного активное

. Сознание ясное

4. Выражение лица спокойное

5. Телосложение нормостеническое

Кожа

1. Цвет: лимонно-желтый

2. Депигментация кожи отсутствует

. Влажность обычная

. Патологические элементы отсутствуют

. Кисти рук чистые, без повреждений, сухие, часовых стекл нет

Слизистые оболочки

1. Цвет бледно-розовый

2. Патологические элементы не выявлены

## Подкожно-жировой слой

1. Развитие подкожно-жирового слоя удовлетворительное

## Мышцы

1. Степень развития мускулатуры удовлетворительная

2. Тонус удовлетворительный

. Пальпация безболезненна

### Кости

1. Деформации нет

2. «Барабанных палочек» нет

. Пальпация безболезненна

### Суставы

1. Конфигурация сохранена

2. Гиперемия, отечность кожи и местное повышение температуры в области сустава не наблюдается

. Движения активные, свободные

. Болезненность при пальпации и при пассивных движениях отсутствует

###### Органы дыхания

1. Голос нормальный

2. Носовое дыхание сохранено

. ЧДД 16 в минуту

Осмотр и пальпация грудной клетки

1. Форма грудной клетки нормостеническая

2. Симметричная

. Позвоночник без патологических изгибов

. Над и подключичные ямки стерты

. Межреберные промежутки не расширены

. Симметричное движения обеих половин грудной клетки при дыхании

. Тип дыхания грудной

. Дыхание глубокое, ритмичное

. Соотношение вдоха и выдоха 1:1

. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют

. Пальпация грудной клетки безболезненна

. Голосовое дрожание в симметричных участках - одинаковой силы, не усилено.

Перкуссия легких

1. При сравнительной перкуссии перкуторный звук легочный, над симметричными отделами легких одинаковый. Гамма звучности над передними отделами: самый громкий, низкий и продолжительный звук в области 3-го межреберья, а самый тихий, высокий и короткий звук в моренгеймовских ямках. Гамма звучности над задними отделами легких: самый громкий, низкий и продолжительный звук под лопатками, а самый тихий высокий и короткий звук на лопатках.

. Топографическая перкуссия -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушек легких | Справа | Слева | |
| Спереди | 4 см | 4 см | |
| Сзади | 7 шейный позвонок | | |
| Поля Кренинга | 5 см | | 5 см |

определение нижних границ легких;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Переднеподмышечная | 7 ребро | |
| Среднеподмышечная | 8 ребро | |
| Заднеподмышечная | 9 ребро | |
| Лопаточная | 10 ребро | |
| Околопозоночная | Остистый отросток 11 гр. позвонка | |

Подвижность нижнего легочного края, по средней подмышечной линии: на вдохе 3см, на выдохе 3 см. Общая экскурсия 6см.

Аускультация легких

Над передними, задними и боковыми отделами дыхание физиологичное, везикулярное.

Выдох равен 1/3 вдоха, тише и ниже по тональности.

Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Система кровообращения

Выпячивание в области сердца нет. Видимая пульсация в области сердца и надчревья отсутствует. Верхушечный толчок не пальпируется. Дрожания в области сердца не наблюдается.

Перкуссия сердца

1. Границы относительной тупости сердца

2. Границы абсолютной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | 1см кнаружи от края грудины | По левому краю грудины |
| Левая | 0,5см кнаружи от срединоключичной линии | 1 см кнаружи от срединоключичной линии |
| Верхняя | 3 ребро | 4 ребро |

3. Ширина сосудистого пучка 8 см

4. Длинник сердца 13см, поперечник сердца 12 см

Аускультация сердца

1. Тоны ясные, ритм правильный.

2. 1тон - громче, продолжительнее, выше. 2тон ниже, короче, тише.

. Шумов сердца нет.

Исследование сосудов

1. Осмотр артерий. Видимая пульсация артерий: отсутствует.

2. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 80 ударов в мин., ритмичный, правильный, повышенного наполнения и напряжения.

. Осмотр шейных вен - без набуханий

. Венный пульс положительный

. Артериальное давление 170/70

Система пищеварения

. Полость рта: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая. переход в слизистую часть губы выражен, кариозные изменения зубов, Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка.Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная. Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Гепато-лиенальная система

1. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит.

Границ печени по Курлову 9,8,7см.

. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы

Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный.

. Поджелудочная железа не прощупывается.

. Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

Мочевыделительная система

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.

План обследования

· общий анализ крови,

· общий анализ мочи + желчные пигменты + диастаза мочи

· время кровотечения, время свертывания крови, про-тромбиновый индекс

· группа крови, резус-фактор

· реакция Вассермана

· биохимический анализ крови: общий белок, билирубин (фракции), АТС, АЛТ, щелочная фосфатаза, е) анализ кала на стеркобилин.

· УЗИ органов брюшной полости

Данные лабораторного исследования

Биохимический анализ крови (28.11.2014):

· Глюгкоза - 12.7ммоль/л

· Общий белок - 73,5г/л

· Биллирубин общий 288,0 мкмоль/л

· Биллирубин прямой 208,9 мкмоль/л

· АСТ 70 Е/л

· АЛТ 57 Е/л

· Амилаза 13,5 Е/л

· Мочевина 2,9 ммоль/л

· Креатинин 0,076ммоль/л

· Фибриноген 4,85 г/л

· ПТИ 72%

· МНО 1,38

· АЧТВ 27,2 сек

ОАК (28.11.2014):

· Нв - 143 г/л

· Эритроциты - 4,76 10\*12л

· Лейкоциты 12,5 10\*9л

· СОЭ 502мм/час

ОАМ (28.11.204):

· Цвет темно-желтый

· Прозрачная

· Эпителий ед

· Лейкоциты 4-5 в поле зрения

· Эритроциты ед

· Цилиндры гиалиновые 1-0-1 в поле зрения

· Бактерии +

· Кетоновые тела +

· Реакция на кровь отриц.

УЗИ органов брюшной полости 28.11.2014

Печень не увеличена. Поверхность ровная. Структура паренхимы однородная, умеренно повышенной эхогенности. воротная вена не расширена. D=13мм. Внутрипеченочные желчные протоки в обеих долях умеренно расширены. Холедох расширен до 12-13 мм, в просвете протока определяется несколько мелких эхоплотных включений 2-3мм.

Желчный пузырь не увеличен, длинна 46мм, ширина 24мм. Стенка тонкая, уплотнена. В полости на фоне неоднородного содержимого определяются мелкие эхогенные включения идентичные включениям в холедохе.

Поджелудочная железа не увеличена. Головка: 26мм, тело:13мм. Контуры четкие, ровные. Структура паренхимы однородная, несколько повышенной эхогенности. Вирсунгов проток не расширен.

В брюшной полости свободная жидкость не определяется.

Заключение: диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Дилатация желчевыводящих путей. Холангиохоледохоэктазия. ЖКБ. Холедохолитиаз.

УЗИ органов брюшной полости 1.12.2014

Осмотр в динамике. Печень не выступает из под края реберной дуги справа, не увеличена. Передне-задний размер левой доли крупный, левой доли увеличен. Толщина правой доли 147мм, ВНР левой доли 72мм. Толщина левой доли 86мм. Поверхность крупноволнистая. Нижний край фрагментарно утолщен и закруглен. Структура паренхимы диффузно-неоднородная, неравномерно повышенной эхогенности. Воротная вена 12мм. Внутрипеченочные желчные протоки расширены. Долевые печеночные протоки до 8мм. Общий печеночный проток и холедох в проксимальной части 16\*20мм. В просвете холедоха группа конкрементов, наибольший до 17мм.

Желчный пузырь не увеличен, длинна 64мм, ширина 34мм. Стенки толщиной до 3-6мм, неравномерно уплотнены. Плохо или не деффиренцируютсяот окружающих тканей (спаечный процесс). Полость заполнена конкрементами.

Поджелудочная железа не увеличена. Головка 25мм, тело 12мм, хвост 22мм. Контуры местами неровные, плохо дифференцируются от окружающих тканей. Структура паренхимы диффузно-неоднородная, с фиброзными включениями, смешанной эхогенности. Вирсунгов проток расширен до 3,5мм.

Селезенка не увеличена, длинник 120мм, тощина 58мм. Структура однородная. В брюшной полости свободная жидкость не определяется.

Заключение: диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Признаки хронического холецистита. Нефцнкционирующий желчный пузырь. Расширение желчевыводящих путей. Холедохолитиаз. Признаки хранического панкреатита.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз механической желтухи следует проводить с желтухами другого типа - гемолитической и паренхиматозной.

Для гемолитической желтухе характерна классическая триада - желткха, спленомегалия, анемия. Из перечисленных признаков у данного пациента присутствует только желтуха, в связи с этим диагноз гемолитической желтухи наименее вероятен.

Для паренхиматозной желтухи харектерен болевой синдром, увеличение печени и селезенки, возможны симптомы портальной гипертензии - варикозное расширение вен пищевода, желудка, гемороидальных вен, выраженная венозная сеть в области передней брюшной стенки, асцит. Все эти признаки у пациента отсутствуют, что говорит о том, что диагноз паренхиматозной желтухе мало вероятен.

Для механической желтухи характерно наличие конкрементов в желчном пузыре. Расширение холедоха более 10мм. У данного пациента холедох расширен до 13мм, в полости желчного пузыря определяются конкременты - исходя из этих данных можно сказать что механическая желтуха - наиболее вероятный диагноз.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного на желтушность кожных покровов и склер, данных УЗИ (Диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Признаки хронического холецистита. Нефцнкционирующий желчный пузырь. Расширение желчевыводящих путей. Холедохолитиаз.) можно поставить диагноз - механическая желтуха, холедохолитиаз, жкб.

Лечение

Rp. Omeprazole 0,02№ 10 in caps. внутрь по 1т 2раза в день

Rp. Caps “Esseniale forte” № 20

D.S. внуть 2 капсулы 3 раза в день

Rp. Sol Glucosae 5%-400ml

Dtd №10

S внутривенно капельно 1 раз в день

Rp. Sol Vicasoli 2,0

Dtd № 10 in amp

S внутримышечно 1 раз в день

Rp. Sol Plathyphylini hydrotartratis 0,2% - 1ml № 10 in amp

S подкожно 2мл 3 раза в день

Rp. Sol Ringer 500ml№ 10 внутривенно, капельно 1 р в день

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | PS ЧД t 0C АД | ДНЕВНИК |
| 28.11. 2014 | 75 16 36,7 110/70 | Знакомство с пациентом Расспрос, общий осмотр. Жалобы желтушность кожных покровов. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание на симметричных участках легких везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, тоны ясные, побочные шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Проведен сбор анамнеза. |
| 29.11.2014 | 72 16 36,7 120/70 | Жалобы на желтушность кожных покровов сохраняются.. Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание на симметричных участках легких везикулярное, хрипов нет. Ритм правильный, тоны ясные, побочных шумов не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Сердечных болей во время пребывания в клинике нет. Произведено исследование сердца: перкуссия, пальпация, аускультация. Произведено исследование органов грудной клетки. Выявлено: · При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется легочный звук. · При аускультации над периферическими отделами легких выслушивается везикулярное дыхание. Сила звука в симметричных участках одинакова. |
| 1.12. 2014 | 72 16 36,6 120/70 | Жалобы на желтушность кожных покровов сохраняется, но видимое изменение цвета имеется. Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание на симметричных участках легких везикулярное, хрипов нет. Ритм сердца правильный, тоны умеренно приглушены, побочных шумов не выявлено. Произведено исследование органов живота: Живот мягкий, безболезненный. Органы живота без патологии. |

Эпикриз

Пациент ФИО 28.11.2014 поступил в хирургическое отделение 3ГБ с жалобами на желтушность кожных покровов и склер. Из anamnesis morbi - больным себя считает с 31.10.2014 когда впервые появилась желтушность кожных покровов.по данным объективного исследования - желтоватый налёт на языке, желтушность кожных покровов и слизистых. Из данных клинического обследования: в общем анализе крови - лейкоцитоз 12,5 10\*9л, увеличение СОЭ 502мм/ч; в биохимическом показателе крови - повышена глюкоза - 12,7ммоль/л, биллирубин общий 288,0мкмоль/л, биллирубин прямой 208,9мкмоль/л, АСТ 70 Е/л, АЛТ 57 Е/л, фибриноген 4,85 г/л. Снижены мочевина 2,9ммоль/л, ПТИ 72%, АЧТВ 27,2сек. По данным УЗИ органов брюшной полости - диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Дилатация желчевыводящих путей. Холангиохоледохоэктазия. ЖКБ. Холедохолитиаз.

Рекомендовано лечение стационарно, медикаментозная терапия:

· Омез 1т 2раза в день

· Эсенсеале форте, 2 капсулы 3 раза в день

· Р-р глюкозы 5% - 400мл, внутривенно капельно 1р в день

· Викасол 2,0 - внутримышечно 1р в день

· Платифиллин 0,2% -1мл, подкажно 2мл 3раза в день

· Рингера раствор 500мл, внутривенно капельно 1 раз в день

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хирургические болезни (под реакцией М.И.Кузина). - М.: Медицина, 2003.

2. Тетенев Ф. Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). 2-е изд., перераб. и доп. Томск: Томский государственный университет, 2001.

3. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. - М.: Медицина, 1983.

4. Венгеровский А. И. лекции по фармакологии для врачей и провизоров/А. И. Венгеровский.-3-е изд., перераб. и доп.: учебное пособие.-М.: ИФ “Физико-математическая литература”, 2006.

5. Патофизиология: учебник для медицинских вузов/Под ред. В. В. Новицкого и Е. Д. Гольдберга.-3-е изд., стереотип.-Томск: Изд-во том. ун-та, 2006.

. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. - М.: Гэотар, 1999.