Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра госпитальной хирургии

Заведующий кафедры: профессор В.В. Рыбачков

Преподаватель: ассистент Д.Е. Дубровина

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Клинический диагноз: Хронический калькулезный панкреатит, рецидивирующая форма, обострение

Осложнение: Сопутствующий: Сахарный диабет II типа, субкомпенсированный. Хронический гастродуоденит, гиперацидный, период обострения. Фиброзный рефлюкс - эзофагит.

Куратор:

студент V курса

Лечебного факультета

группы

И.Ю. Ковалов

Ярославль 2012

Паспортная часть

1. ФИО: ХХХ

2. Возраст: 25 лет.

. Пол: женский.

. Домашний адрес: ХХХ

. Образование: начальное

. Место работы: безработная

. Дата поступления в клинику: 25.11.2012. 18.00

Жалобы

На момент курации предъявляет жалобы на постоянные разлитые боли средней интенсивности опоясывающего характера в эпигастральной и мезогастральной области, тошноту, изжогу, слабость, головокружение.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Считает себя больной с 22лет (в течение 3 лет), когда впервые появились боли опоясывающего характера в эпи- и мезогастрии. Возникновение данного заболевания связывает с не регулярной диетой. Самостоятельно лечение не принимала. Впервые находилась на стационарном лечение с диагнозом «хронический калькулезный панкреатит» в июле 2012 года. После проведенного курса терапии отмечала улучшение, боли не беспокоили. Поддерживающую терапию не принимала. Ухудшение состояния отмечает с 25.11.2012 года, когда в 2.00 идя в туалет, потеряла сознание. Очнулась через некоторое время в кровати (из туалета на кровать ее перенес муж), при этом отмечала сильные боли в верхних отделах живота, опоясывающего характера, мучительную многократную рвоту. Ухудшение состояния связывает с употреблением алкоголя в течение 2 недель. Самостоятельно не лечилась. Аппетит отсутствовал, пила только воду, чувствовала сухость во рту, рвота продолжалась. В 1400 на фоне кажущегося улучшения общего состояния, идя на кухню вновь потеряла сознание. Придя в сознание отмечала, усиление рвоты и болей в животе. В связи с тем, что не отмечалось улучшения состояния вечером вызвала скорую помощь и была доставлена в приемное отделение ГУЗ ЯО КБ №9.Госпитализирована во 2е хирургическое отделение. На момент курации больная находится в стационаре 4 сутки. На фоне проводимой терапии(папаверин, гордокс, кетарол, церукал, вит В и тд ) отмечается положительная динамика: ликвидировалась рвота, болевой синдром уменьшился.

История жизни больного (Anamnesis vitae)

Привычные интоксикации: курит (в течение 10 лет по пачке в день), злоупотребляет алкоголем, наркотики не употребляет. Аллергических реакций на лекарственные препараты нет. Гемотрансфузий не было. Наличие венерических заболеваний, туберкулеза, гепатита, злокачественных новообразований, психических заболеваний, болезней обмена веществ у себя и ближайших родственников отрицает. Перенесенные заболевания: ОРЗ (1-2 раза в год), ветряная оспа (в детстве), Сахарный диабет (в течение года), хронический калькулезный панкреатит (в течение 3 лет), хронический гастрит (в течение 5 лет).

Настоящее состояние больного (STATUS PRAESENS)

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Рост 170 см, вес 50 кг. Температура тела 36,8 ºС. Цвет кожных покровов бледный. Сыпей, чешуек, эрозий, трещин, язв, геморрагий, расчесов, не обнаружено. Влажность кожных покровов умеренная, эластичность в норме. Ломкости, исчерченности ногтей не выявлено. Видимые слизистые бледно-розовые. Высыпаний нет. Влажность умеренная. Развитие подкожно-жировой клетчатки снижено - толщина кожной складки под лопаткой 0,5 см. Отмечается пастозность лица.

Пальпируются единичные подчелюстные лимфатические узлы, плотно-эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Мышцы развиты равномерно, тонус сохранен. Болезненности при пальпации нет. Форма костей черепа, позвоночника, верхних конечностей правильная. Утолщений и неровностей надкостницы, размягчения костей не обнаружено. Болезненности при поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, не выявлено. Ограничения движений нет.Суставы правильной конфигурации, безболезненны, движения в них свободные, активные, хруста нет, припухлости отсутствуют, кожа над суставами не гиперемирована.

Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное. Придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненны. Осиплости голоса нет. Форма грудной клетки астеническая, патологических изменений и асимметрии нет. Надключичные и подключичные ямки выражены умеренно. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное, симметричное с обеих сторон, глубина дыхания не снижена. Частота дыхательных движений - 18 в минуту. При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью легких перкуторный звук ясный, легочный, одинаковый с обеих сторон. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

Система кровообращения

При осмотре области проекции височных, сонных, подключичных, плечевых артерий видимой пульсации не обнаружено. Симптомы «червячка» и «пляски каротид» отрицательны. При пальпации артерии мягкие, пульсация сохранена. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях симметричный, частота 73 в минуту, равномерный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. Артериальное давление, на правой и левой руках - 120/80 мм рт. ст. Патологических выпячиваний в области сердца не обнаружено. Видимая пульсация в области сердца и надчревная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок положительный, пальпируется слева в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, нормальной силы и ширины. Систолическое дрожание в области сердца не определяется. Границы относительной сердечной тупости в норме.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 73 в минуту; раздвоения и расщепления тонов нет. Шумов нет.

Система пищеварения

Язык розовый, влажный, обложен серым налетом, язвы и трещины отсутствуют. Десны бледно-розового цвета, не разрыхлены, не кровоточат. Язв, геморрагии, гнойных выделений и болезненности не обнаружено. Мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, налётов, геморрагии и изъязвлений нет. Миндалины не увеличены, розовые, налета нет. Акт глотания не нарушен. Имеется запах изо рта.

Живот правильной конфигурации, правая и левая половины симметричны, не вздут. Брюшная стенка в акте дыхания участвует. Наличия грыж, видимых пульсаций, расширенных подкожных вен не обнаружено. Видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается дефанс мышц в области эпигастрия. Симптом Керте (резистентность мышц и болезненность в области проекции поджелудочной железы), Мейо-Робсона (пальпация в левом реберно-позвоночном углу - проекция хвоста поджелудочной железы) положительные. Перитонеальные симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отрицательные. Грыж белой линии живота, расхождения прямых мышц живота, опухолей не обнаружено.

Методическая, глубокая, скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого цилиндра, безболезненна, не урчит при пальпации, размером 2 см в диаметре, подвижна. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, безболезненного, урчащего при надавливании, умеренно подвижного. Червеобразный отросток, восходящий, нисходящий и поперечный отдел ободочной кишки не пальпируются. Нижняя граница желудка определяется методом аускультаторной аффрикции на 4 см выше пупка. Малая кривизна и привратник не пальпируются.

При перкуссии над всей областью живота выслушивается тимпанический звук. Свободная жидкость в животе не определяется. Шум плеска не выявлен. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен. Стул регулярный, безболезненный. Каловые массы оформленные. Пульсация печени не наблюдается

Размеры печени по Курлову: 10-9-8. Печень неувеличена, безболезненна, край ее мягкий, острый, поверхность гладкая. Симптом Курвуазье, френикус - симптом, симптом Ортнера отрицательные. Желчный пузырь не пальпируется.

Система мочеотделения

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров, выбухание области почек не выявлено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется и не перкутируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 3-4 раза в день.

Эндокринная система

Щитовидная железа не пальпируется. Развитие вторичных половых признаков соответствуют возрасту и полу.

Нервная система и органы чувств

Умственное развитие соответствует возрасту. Способность к запоминанию в норме. Мышление логичное. Обоняние, вкус сохранены. Глазные щели и зрачки одинаковы. Нистагма, косоглазия, анизокории нет. Реакция на свет положительная. Острота слуха и зрения не снижена. Расстройства речи нет. Координация движений не нарушена.

Предварительный диагноз

Основной: хронический панкреатит, рецидивирующая форма, обострение.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: хронический гиперацидный гастрит, период обострения.

Панкреатит ставлю, т.к. у больной выявляется характерный болевой синдром (жалобы на боли опоясывающего характера в эпигастральной и мезогастральной облостях; положительные симптомы Керте и Мейо-Робсона), диспепсический синдром (тошнота, рвота), интоксикационный синдром (слабость, головокружение);

Хронический ставлю на основании истории заболевания: постоянные на протяжении 3 лет рецидивы заболевания, возникающие после погрешности в диете и физической нагрузки и проявляющиеся разлитыми интенсивными болями в эпигастральной и мезогастральной облостях, опоясывающего характера, тошнотой.

Рецидивирующая форма, т.к. в течение 3 лет наблюдались периоды ремиссий и обострений.

Обострение, т.к. имеет место манифестация клиники, на фоне интоксикации организма алкоголем.

Хронический гиперацидный гастрит ставлю на основании анамнеза жизни - больна в течение 5 лет; на основании выявленного болевого синдрома (боль в эпигастральной области, дефанс мышц в области эпигастрия при пальпации), диспепсического синдрома (изжога).

План обследования

. ЭКГ

. Флюорографическое исследование

. Общий анализ мочи

. Общий анализ крови:

Ожидаю увидеть признаки воспаления: умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

. УЗТ и КТ

Ожидаю увидеть признаки хронического панкреатита:

· Увеличение органа с его деформацией

· Кальцинаты в ПЖ

· Псевдокисты

· Расширение панкреатического протока

· Фокальные изменения плотности ткани ПЖ

. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Позволит выявить:

· Стенозы в протоках

· Определить локализацию обструктивного процесса

· Обнаружить структурные изменения мелких протоков

. Релаксационная дуоденография:

Позволит выявить:

· Увеличение разворота 12-перстной кишки

· Наличие дуоденостаза

· Изменение рельефа слизистой, вдавление внутреннего контура нисходящего отдела и верхнего контура нижней горизонтальной части 12-перстной кишки

· Симптом обратной тройки

· Сужение нисходящего отдела

. Селективная ангиография:

Позволит выявить:

· Усиление или обеднение сосудистого русла

· Чередование сужения и расширения кровеносных сосудов

· Увеличение или уменьшение части или всей железы

. Прицельная пункционная биопсия:

Необходимо выполнить при подозрение на рак

. Биохимический анализ крови:

Ожидаю увидеть увеличение уровня трипсина, амилазы, липазы, ингибитора трипсина

. Исследование мочи на диастазу:

Ожидаю увидеть увеличение уровня диастазы.

. Холицистокинин-панкреазимоновый, прозериновые тесты ( в норме содержание ферментов увеличивается в 1,6-1,8 раза и через 2 часа возвращается к норме)

. Копрограмма :

Ожидаю увидеть:

· Стеаторею ( увеличение нейтрального жира и мыл при малоизмененном содержании жирных кислот)

· Креаторею ( нахождение малоизмененных мышечных волокон)

. Определение эластазы в кале:

Ожидаю увидеть снижение панкреатической эластазы до уровня менее 150 мкг/г

. Дуоденальное зондирование с определением дебита гидрокарбанатов и ферментов в базальных условиях и при стимуляции железы хлористоводородной кислотой или пентагастрином.

Ожидаю увидеть то, что продукция ферментов остается прежней тлт возрастает менее чем в 2 раза.

. Глюкозотолерантный тест:

Ожидаю увидеть нарушение толерантности к глюкозе.

. Радиоиммунологическое определение гормонов- инсулина, С-пептида, глюкагоны.

Ожидаю увидеть снижение уровня гормонов.

Результаты дополнительных методов исследования

v Общий анализ крови от 27.11.2012

Лейкоциты 8.1 х 109/л

Эритроциты 4.41 х 10¹² г/л

HGB 140 г/л

Тромбоциты 98х 108/л

Лимфоциты 11.8%

Моноциты 2.7%

Нейтрофилы 85.4%

СОЭ 26 мм/ч

Заключение: нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ, тромбоцитопения.

v Биохимия крови от 27.11.12

Общий белок - 80 г/л

Креатинин - 112 ммоль/л

Билирубин - 3.6 ммоль/л

АСТ - 31ЕД

АЛТ - 42 ЕД

Заключение: незначительное повышение АЛТ.

v Общий анализ мочи от 27.11.2012

Количество 120

Цвет жёлтый, реакция кислая

Удельный вес 1014

Белок 0.78 г/л

Сахар 2.5 ммоль/л

Эпителиальные клетки: плоские единичные в п/зр

Лейкоциты 1-2 в п/зр

Эритроциты 0 в п/зр

Слизь небольшое количество

Заключение: глюкозурия, микропротеинурия.

v Исследование крови экспресс методом на сифилис от 26.11

Отрицательный

v Исследование крови на сахар от 27.11

19.5 ммоль/л

Заключение: повышенное содержание глюкозы

v Коагулограмма 26.11.12

ПТИ - 87%

МНО - 19.8

v Электрокардиография от 27.11

Заключение: Тахикардия. ЧСС 92 в мин. Вертикальное положение ЭОС.

v ЭФГДС 27.11.12

Заключение: хронический гастрит. Дуоденит. Фиброзный рефлюкс - эзофагит.

v УЗИ внутренних органов 26.11.12

Заключение: УЗ - признаки хронического калькулезного панкреатита. Диффузные изменения печени.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику хронического панкреатита необходимо провести с хроническим и острым холециститом, язвенной болезнью желудка и 12- перстной кишки, тромбозом мезентериальных сосудов, раком поджелудочной железы, дискинезией желчных путей, кишечной непроходимостью, аневризмой брюшной части аорты.

Клинический диагноз и его обоснование

Основной: хронический калькулезный панкреатит, рецидивирующая форма, обострение.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: Сахарный диабет II типа, субкомпенсированный. Хронический гастродуоденит, гиперацидный, период обострения. Фиброзный рефлюкс - эзофагит.

Панкреатит ставлю, т.к. у больной выявляется характерный болевой синдром (жалобы на боли опоясывающего характера в эпигастральной и мезогастральной облостях; положительные симптомы Керте и Мейо-Робсона), диспепсический синдром (тошнота, рвота), интоксикационный синдром (слабость, головокружение); на основании ОАК - нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ (признаки восполения); на основании УЗИ - УЗ - признаки хронического калькулезного панкреатита; на основании наличия предрасполагающих факторов - злоупотребление алкоголем, нерегулярное, не сбалансированное питание.

Хронический ставлю на основании истории заболевания: постоянные на протяжении 3 лет рецидивы заболевания, возникающие после погрешности в диете и физической нагрузки и проявляющиеся разлитыми интенсивными болями в эпигастральной и мезогастральной облостях, опоясывающего характера, тошнотой.

Рецидивирующая форма, т.к. в течение 3 лет наблюдались периоды ремиссий и обострений.

Обострение, т.к. имеет место манифестация клиники, на фоне интоксикации организма алкоголем.

Хронический гиперацидный гастрит ставлю на основании анамнеза жизни - больна в течение 5 лет; на основании выявленного болевого синдрома (боль в эпигастральной области, дефанс мышц в области эпигастрия при пальпации), диспепсического синдрома (изжога).

Сахарный диабет ставлю на основании гипергликемии (глюкоза - 19.5 ммоль/л), глюкозурии (глюкоза - 2.5 ммоль/л); на основании наличия предрасполагающего фактора - панкреатит.

План лечения

Основные задачи терапии хронического панкреатита

· Исключение провоцирующего факторов

· Облегчение болевых ощущений

· Коррекция экзо- и эндокринной недостаточности

· Лечение сопутствующих расстройств

· Профессиональная и социальная реабилитация

Основные направления в лечении ХП

· Исключение употребления алкоголя, резкое сокращение курения, хирургическое пособие при наличии обструкции

· Психотерапия, социальная и переориентация

· Диета с уменьшением жиров до 60 г/сут., с преобладанием растительных жиров, содержащих Ш-3 жирные кислоты.

· Углеводы 300-400 г/сут., инсулинотерапия при необходимости

· В случае выраженного дефицита массы тела парентеральное и зондовое питание

· Спазмо- и миолитики в различных комбинациях

· Регуляторы моторики

· Нестероидные противовоспалительные средства

· При необходимости нейролиптические и аналгезирующие препараты, в том числе наркотические

· Заместительная терапия препаратами, содержащими панкреатические ферменты

. Анальгетики (кеторол)

. Спазмолитики (ношпа, папаверин)

. Антибиотики (цефтриаксон)

. Угнетение экзокринной функции поджелудочной железы, с целью снижения интрапанкреатического давления:

· Н2- блокаторы (омепрозол)

· холинолитики ( гастроцепин)

· аналоги соматостатина ( сандостатин)

· цитостатики (циклофосфан)

· синтетические нейропептиды (даларгин)

. Заместительная терапия:

· Экзокринной недостаточности - ферментные препараты (мезим)

· Эндокринной недостаточности, при вовлечении в патологический процесс островков Лангерганса и клинических проявлениях сахарного диабета (инсулин).

. Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс )

. При тяжелом состояние, внутривенная инфузия и форсированный диурез.

. Оздоровление образа жизни (прекращение приема алкоголя)

. Хирургическое лечение

Показания:

· Местные осложнения ХП не поддающиеся консервативной терапии

· Патология желчных путей

· Изменения в протоках ПЖ, препятствующие оттоку

· Механическая желтуха

· Подозрения на рак

Оперативное лечение ХП может быть направленно на достижение следующих целей:

. Устранение болевого симптома

. Лечение осложнений панкреатита

. Возможное сохранения функции ПЖ и ее островкового аппарата.

В арсенале оперативных вмешательств, выполняемых по поводу первичного и вторичного ХП, различают как операции на самом ПЖ, так и на смежных с ней органов:. Операции на смежных с ПЖ органах:

. Операции на желчных путях и БДС;

. Операции на желудочно-кишечном тракте.. Прямые оперативные вмешательства на ПЖ:

. Резекции ПЖ различного объема, вплоть до экспирации;

. А) дистальная резекция ПЖ, вплоть до субтотальной;

Б) панкреатодуоденальная резекция

В) секторальная резекция ( устранения большей части головки железы с сохранением 12- перстной кишки и дистального отдела железы);

Г) изолированное удаление кист ПЖ;

Д) тотальная дуоденопанкеатэктомия.

. Внутреннее дренирование протоков и кист ПЖ.

. Окклюзия протоков ПЖ- « экзокринная панкреатэктомия».

. Наружное дренирование протоков и кист ПЖ.. Паллиативные операции

. Операции на нервной системе:

А) на симпатической Н.С - левосторонняя плексусэктомия чревного ствола с резекцией левого полулунного узла и ваготомией;

Б) периартериальная невротомия чревного ствола и общей печеночной артерии

. Криовоздействие на ПЖ.. Эндоскопические вмешательства на ПЖ и ее протоках.. Закрытые хирургические вмешательства, выполняемые под контролем УЗИ и КТ.

Лечение данного больного

Режим - постельный

Диета - голод

. Инфузионная терапия

Sol. Ringer 400.0 в/в 1 раз в день

. Подавление секреции поджелудочной железы

Sol. 5-ftoruracili 500 mg в/в 1 раз вдень

. Спазмолитики

Sol. Papaverini 2%- 4.0 в/в 1 раз в день

. Ингибиторы протеолиза

Sol. Gordoxi 200 me ED в/в 1 раз в день

. Обезболивающие

Sol. Ketoroli 1.0 в/м 2 раза

. Антибиотики

Sol. Ceftriaxone 1.0 в/м 1 раз

. Противорвотные

Sol. Cerucali 2.0 в/м 3 раза в день

. Инсулинотерапия

Утро: Sol. Aktropidi 8 ed

Sol. Protorani 16 ed

Обед: Sol. Aktropidi 8 ed

Ужин:Sol. Aktropidi 8 ed

.00: Sol. Protorani 14 ed

9. Н2-блокаторы

Sol. Omeprazoli 20 mg 2 раза в день

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | назначения |
| 28.11.12 | Жалобы на неинтенсивные боли в эпигастральной и мезогастральной облостях, слабость. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.80 С. Кожные покровы бледные. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 73 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. При поверхностной пальпации болезненность в эпигастральной области, положительные симптомы Керте, мейо-Робсона. Печень - по краю реберной дуги, безболезненна. Стул был, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим постельный Стол голод Sol. Ketoroli 1.0 в/м 2 раза Sol. 5-ftoruracili 500 mg в/в 1 раз вдень Sol. Cerucali 2.0 в/м 3 раза в день Sol. Papaverini 2%- 4.0 в/в 1 раз в день Утро: Sol. Aktropidi 8ed Sol. Protorani 16ed Обед: Sol. Aktropidi 8ed Ужин:Sol. Aktropidi 8ed 22.00: Sol. Protorani 14ed |
| 29.11.12 | Жалобы на незначительные боли в эпигастральной и мезогастральной облостях. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.60 С. Кожные покровы бледные. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 67 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. При поверхностной пальпации болезненность в эпигастральной области, положительные симптомы Керте, мейо-Робсона. Печень - по краю реберной дуги, безболезненна. Стул был, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим постельный Стол 1-п Sol. Ketoroli 1.0 в/м 2 раза Sol. 5-ftoruracili 500 mg в/в 1 раз вдень Sol. Papaverini 2%- 4.0 в/в 1 раз в день Утро: Sol. Aktropidi 8ed Sol. Protorani 16ed Обед: Sol. Aktropidi 8ed Ужин:Sol. Aktropidi 8ed 22.00: Sol. Protorani 14ed  |
| 30.11.12 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.60 С. Кожные покровы бледные. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. При поверхностной пальпации определяется незначительная болезненность в эпигастральной области, слабо положительные симптомы Керте, мейо-Робсона. Печень - по краю реберной дуги, безболезненна. Стул был, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим постельный Стол 1-п Sol. Ketoroli 1.0 в/м 2 раза Sol. 5-ftoruracili 500 mg в/в 1 раз вдень Sol. Papaverini 2%- 4.0 в/в 1 раз в день Утро: Sol. Aktropidi 8ed Sol. Protorani 16ed Обед: Sol. Aktropidi 8ed Ужин:Sol. Aktropidi 8ed 22.00: Sol. Protorani 14ed  |

Прогноз

В отношении заболевания прогноз неблагоприятный, т.к. заболевание носит хронический характер.

В отношении трудоспособности прогноз благоприятный при условии стойкой ремиссии заболевания и компенсации сопутствующей патологии.

В отношении жизни благоприятный, т.к. летального исхода при данном заболевании не наступит.

Эпикриз

Долгова Юлия Викторовна, 25 лет

Дата поступления: 25.11.12

Клинический диагноз:

Основной: хронический калькулезный панкреатит, рецидивирующая форма, обострение.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: Сахарный диабет II типа, субкомпенсированный. Хронический гастродуоденит, гиперацидный, период обострения. Фиброзный рефлюкс - эзофагит.

Жалобы: на постоянные разлитые боли средней интенсивности опоясывающего характера в эпигастральной и мезогастральной области, тошноту, изжогу, слабость, головокружение;

Анамнез заболевания: считает себя больной на протяжении 3 лет, когда после погрешности в диете, злоупотреблении алкоголем возникали обострения хронического калькулезного панкреатита. 25.11.12 вновь после злоупотребления алкоголем появились жалобы на интенсивные боли в эпигастральной и мезогастральной областях, опоясывающего характера, тошноту, рвоту, эпизоды потери сознания. Бригадой СМП доставлена в больницу №9 в экстренном порядке.

Объективное обследование: кожные покровы бледные, положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, дефанс мышц в эпигастральной области.

Дополнительные методы обследования: нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ; гипергликемия, глюкозурия; УЗИ - признаки хронического калькулезного панкреатита; ФГДС - хронический гастрит. Дуоденит. Фиброзный рефлюкс - эзофагит.

Решено вести больную консервативно, т.к. абсолютных показаний к хирургическому вмешательству у данной пациентки нет. Проведена инфузионная терапия, терапия анальгетиками, спазмолитиками, противорвотными, антибиотиками, цитостатиками с положительным эффектом. Больная отмечает улучшение состояния, боли купировались. Рекомендована диетотерапия, заместительная инсулинотерапия, ферментотерапия, оздоровление образа жизни.

хронический калькулезный панкреатит

Список литературы

1. Лекционный материал

2. Под редакцией проф. В.В. Рыбачкова и проф. А.Б. граменицкого «Хирургические болезни», Ярославль 2002 г

. М.И. Кузин «хирургические болезни», Москва. «Медицина», 1995 г

. В.Т. Ивашкин «пропедевтика внутренних болезней», 2000 г

. Компьютерная программа П.Козловского «справочник лекарственных средств».