**Основной диагноз**

Хронический панкреатит с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы.Стадия обострения.

Сопутствующие заболевания: хронические вирусные гепатиты B и С, сахарный диабет 2 типа, стеатоз печени.

**Жалобы больного**

Подташнивание, которое, не связанно с приёмом пищи, так же носящее постоянный и тягостный характер, несколько усиливающееся после приёма жирной, жаренной, острой пищи, после перечисленной пищи может возникнуть рвота, не приносящая облегчения. Часто к жирной пище возникает отвращение. Боли, носящие постоянный, тянущий характер, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, усиливающаяся при приёме, жирной, жареной, острой пищи, в положении на спине и по ночам. Ещё больной предъявляет жалобы на ощущение тяжести в эпигастрии после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, значительное снижение аппетита, отрыжку, метеоризм, снижение массы тела, сухость кожи. Раздражительность, вялость, снижение работоспособности, периодическое ощущение резкой слабости и утомляемости по утрам, на чуткий сон.

**Anamnesis morbid**

Пациент считает больным около месяца. Первые признаки появились около месяца назад, но пациент не придавал этому значения. Сухость во рту, небольшой дискомфорт, связанный с приемом пиши, извращение аппетита. Период обострения начался 4.05.2012, на утро после ужина 3.05.012 :Боли, носящие постоянный, тянущий характер, локализующиеся в правом подреберье и в эпигастрии. Пациент обратился в больницу по месту жительства к участковому терапевту и был направлен на стационарное лечение в железнодорожную больницу.

**История жизни больного**

).Родился в Сенгештах. В семье был 2 ребенком. Рос и развивался нормально. Условия жизни и питания соответствовали норме. В школе учился хорошо. В 1977 году семья переехала в Унгены. После окончания школы служил в армии на территории Монголии и Сибири. Так же побывал в следующих странах: Румыния, Германия, Турция, Болгария, Польша, всех странах бывшего СССР.

).Трудовая деятельность:

После завершения службы на базе 9-ти классов поступил в техникум и выучился по специальности геолога-нефтянника. По окончанию обучения работал по специальности несколько лет в городе Сургут (Россия) затем шофром и проработал там до 1990 года, после чего стал проводником Кишинев - Москва, Кишинев - Санкт Петербург, где работает и по нынешний день. Условия его трудовой деятельности были удовлетворительными, а режим работы соответствовал нормам. Больной старался соблюдать режим отдыха и работы. Использовал все годовые отпускные дни. Спортом не занимался.

).Половой анамнез:

Половое созревание наступило в 14 лет. Женился в 1984 году. Имеет 3-ех детей, двух сыновей и дочь (1985, 1988 и 1989 годов рождения).

).Вредные привычки:

Больной никогда не курил, не употреблял наркотики. Иногда злоупотребляет алкоголем (выходные, праздники).

).Перенесенные заболевания: хронические вирусные гепатиты B и С, сахарный диабет 2 типа, стеатоз печени. Хронический пиелонефрит. Простуды и ангины в детстве. Острый холецистит. Острый аппендицит.

.)Хирургические операции: лапароскопическаяхолецистэктомия, аппендэктомия.

). Аллергологический анамнез: Не отягощен.

). Страховой анамнез.

В течение года больной 2-жды проходил стационарное лечение сроком от 2-х недель.

). Отец больного умер в возрасте 65 лет от цирроза печени, мать в 69 кончалась от осложнений СД второго типа (гипогликемическая кома). Туберкулёз, ЗППП, опухоли, малярию у себя и родственников отрицает.

**Настоящее состояние больного**

хронический панкреатит поджелудочный железа

1)Общий осмотр.

Общее состояние больного: Удовлетворительное.

Сознание больного: ясное.

Положение больного :активное.

Выражение лица: спокойное.

Телосложение пропорциональное.

Конституциональный тип: нормостенический.

Температура тела в момент курации 36,6 С

Рост- 176, масса тела - 85 кг

Кожа и видимые слизистые: Кожа с небольшим загаром, сухая. Тургор снижен. Присутствуют депигментированные пятна, а также псориатические высыпания в различных отделах тела (верхние и нижние конечности, спина). На животе послеоперационные рубцы. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Высыпания на слизистых оболочках отсутствуют. Ногтевые пластины не изменены.

Подкожная клетчатка:Ожирение второго типа, абдоминальное.

Слабовыраженные оттеки на нижних конечностях.

Лимфатическая система:

Подчелюстные лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной с чечевицу, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

подмышечные лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной меньше горошины, не спаяны между собой и с окружающими тканями;

паховые лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной с горошину, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

Кожа над пальпируемыми лимфоузлами без изменений. Подбородочные, шейные, подключичные, затылочные, околоушные, локтевые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы: развиты равномерно, в достаточной степени, тонус мышц сохранён. Мышечная сила сохранена равномерно с обеих сторон. Болезненности при пальпации нет, уплотнения, местные гипертрофии и атрофии отсутствуют.

Кости: Патологии скелета не обнаружено, форма костей черепа, позвоночника, конечностей не изменена; узуры отсутствуют. Болезненности при пальпации и поколачивании грудины, рёбер, трубчатых костей, позвонков, костей таза не наблюдается.

Суставы: По утрам иногда отмечаются боли в суставах. Конфигурация суставов не изменена, признаков воспалительного процесса нет. Кожа над суставами без изменений. Активные и пассивные движения свободные, в полном объеме, безболезненные. Симптом «плавающей льдинки» при надавливании на надколенник отсутствует.

Система органов дыхания.

Нос. Дыхание через нос свободное. Болевые ощущения и чувство сухости в носу, а так же боли в области придаточных пазух отсутствуют. Выделений из носа нет.

Гортань. Голос чистый. Болей при разговоре и глотании нет.

Лёгкие. Жалоб на одышку, кашель, выделение мокроты, кровохаркание и лёгочные кровотечения, повышение температуры тела не предъявляет.

Осмотр грудной клетки. Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка симметрична. Ширина межрёберных промежутков и направление рёбер не изменены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричны. Феномен Литтенаотрицательный. ЧДД 23 в минуту. Дыхание ритмичное, поверхностное. Максимальная дыхательная экскурсия 7 см.

Пальпация грудной клетки. Болезненности и деформации при ориентировочной пальпации грудной клетки не выявлено. Резистентность грудной клетки обычная, симметричная. Голосовое дрожание неизменённое, равномерное над всеми легочными полями.

Перкуссия грудной клетки. При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук над всеми легочными полями. По данным топографической перкуссии высота стояния верхушек легких спереди над ключицей - по 5 см с обеих сторон, сзади - на уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка. Ширина полей Кренига - по 5 см с обеих сторон.

Аускультация лёгких. При аускультации над всеми легочными полями - дыхание везикулярное. Хрипов и шума трения плевры нет. Бронхофония не изменена.

Система органов кровообращения.

Расспрос. Болей в сердце не отмечает.

Осмотр артерий. При осмотре сонных артерий и артерий конечностей патологических изменений не наблюдается; пульсации дуги аорты в ярёмной ямке нет.

Пальпация артерий. При пальпации артерий определяется их гладкая, мягкая стенка. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях - 84 уд/мин, ритм правильный, одинаковый, дефицита пульса нет, форма пульсовой волны обычная, пульс напряжённый, обычного наполнения, нормальной величины. Капиллярный пульс отсутствует. Пульс на тыльной артерии стопы и передней большеберцовой артерии ослаблен. ЧСС не зависит от фазы дыхательного цикла.

Осмотр вен. При осмотре шейных вен набухания нет, венный пульс не выражен. При аускультации ярёмных вен, сонных, подключичных и бедренных артерий патологических шумов не выявлено.

АД по методу Короткова на обеих руках 130/80. мм.рт. ст.

Осмотр области сердца. При осмотре области сердца сердечный, верхушечный толчок и эпигастральная пульсация не определяются, систолического втяжения в этих местах нет.

Пальпация сердечной области. Пальпаторно в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии определяется положительный верхушечный толчок площадью 1.5см, высотой до 0.2см, нормальной силы. Сердечный толчок при пальпации не определяется.

Перкуссия сердца. Перкуторно определены границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя - по верхнему краю III ребра (по левой парастернальной линии). Ширина сосудистого пучка во II межреберье 5 см. Конфигурация сердечного притупления правильная. Поперечник относительный сердечной тупости 16 см, длинник- 18 см.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - по правому края грудины в IV межреберье, левая - в V межреберье на 0,5 см медиальнее от левой границы относительной тупости сердца, верхняя - на уровне верхнего края IV ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца. Ритм сердечных сокращений правильный.

раздвоения и расщепления, дополнительных и патологических тонов нет.

шумов на верхушке сердца, на аорте, лёгочной артерии, точке трёхстворчатого клапана и в точке Боткина-Эрба нет.

Система органов пищеварения.

Жалобы:

Аппетит:снижен, отвращение к жареной пище.Чувство быстрого насыщения.Подташнивание. Непереносимости продуктов нет, кроме продуктов богатых сахаром (сахарный диабет). Иногда ощущает горечь во рту, редко испытывает сухость во рту.Жажда: количество выпиваемой за день жидкости примерно 4 - 4.5 л.

Жевание, глотание и прохождение пищи через пищевод свободное и безболезненное.

Боли, носящие постоянный, тянущий характер, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, усиливающаяся при приёме, жирной, жареной, острой пищи, в положении на спине и по ночам. Отрыжка редко, метеоризм.

Отхождение газов нормально.

Дефекация один раз в день ежедневно.

Кал оформленный колбасовидный, коричневого цвета, без посторонних примесей. Болей при дефекации нет. Редко случаются запоры и поносы.

Осмотр:

Рот, губы. Слизистая оболочка полости рта светло-розовая, без высыпаний. Десны здоровые.

Зубы не все сохранны. Кариеса есть. Имеются зубные протезы

Язык влажный, «отёчный», обложен белым налётом.

Зев с легким налетом серого цвета.

Миндалины светло-розовые, выступают примерно на 0,5 см с каждой стороны, с легким налетом серого цвета, без язв.

Глотка обычной окраски, гладкая, блестящая с небольшим серым налетом. Запах изо рта неприятный, запах напоминает ацетон.

Живот:

Осмотр. Живот симметричен, слабо участвует в акте дыхания.Ожирение второго типа, абдоминальное. Пупок втянут, диаметром около 1 см. Подкожные вены не расширены. Перистальтические движения не видны. Присутствует послеоперационный рубцы.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Чухриенко, Раздольского, Кёрте, так же положителен френикус-симптом справа, поколачивание сзади слева вдоль длинной оси железы приводит к усилению болей, имеется болезненность при пальпации в холедохопанкреатической зоне Шоффара. Наблюдается феномен «мышечной защиты» при пальпации живота в эпигастральной области и над пупком. Расхождения прямых мышц живота отсутствуют.

При глубокой скользящей методической пальпации живота по методу Образцова: в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде урчащего валика, безболезненна; в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, безболезненна; подвздошная кишка урчит; поперечно-ободочная кишка спазмированная, болезненная. Инфильтратов, опухолей нет.

Печень не пальпируется. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

Желчный пузырь не пальпируется.(удален)

Селезёнка не пальпируется. Размеры селезёнки по Курлову 7х6см.

Система органов мочевыделения.

Жалобы на частое мочеиспускание.

Мочеиспускание свободное. Частота: днём - 6-8 раз, ночью 4-5. Болей в области почек нет. Видимых припуханий в поясничной области не наблюдается. В положении стоя, лёжа на спине, правом и левом боку почки не пальпируются. Симптом Пастернацкогослабо положительный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности нет. При перкуссии определяется умеренное наполнение мочевого пузыря, при пальпации мочевой пузырь не прощупывается.

Эндокринная система. Аппетит: снижен, отвращение к жареной пище. Чувство быстрого насыщения. Подташнивание. Непереносимости продуктов нет, кроме продуктов богатых сахаром (сахарный диабет). Иногда ощущает горечь во рту, редко испытывает сухость во рту. Жажда: количество выпиваемой за день жидкости примерно 4 - 4.5 л.Оволосение по мужскому типу, равномерное. Пигментация кожи и слизистых оболочек несколько увеличена (за счет загара) неравномерная (депигментированные пятна на месте разрешившихся псориатических очагов). Форма лица овальная. Повышенное потоотделение. Ожирение второго типа, абдоминальное. Вторичные половые признаки развиты нормально.

Щитовидная железа. Видимого увеличения нет. При пальпации увеличение щитовидной железы II степени, пальпируется мягкоэластической консистенции, безболезненный перешеек щитовидной железы, перемещающийся вверх при глотательном движении. Пульсация отсутствует.

Нервная система и органы чувств.

Расспрос. В месте, времени и личности ориентирован. Память на события хорошая. Сон чувствительный.

Осмотр. Дермографизм красный, нестойкий. Запахи ощущает, вкус чувствует. Острота зрения снижена. Глазные щели симметричны. Косоглазия нет. Зрачки одинаковые, строго округлые, на одном горизонтальном уровне. Реакция зрачков на свет живая, содружественная. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Нистагма нет. Острота слуха нормальная. Расстройств речи не выявлено. Координация движений не нарушена. Имеется снижение кожной чувствительности на конечностях по типу перчаток и носков.

**Предварительный диагноз**

Хронический панкреатит в стадии обострения.На основании жалоб больного: Подташнивание, которое, не связанно с приёмом пищи, так же носящее постоянный и тягостный характер, несколько усиливающееся после приёма жирной, жаренной, острой пищи, после перечисленной пищи может возникнуть рвота, не приносящая облегчения. Часто к жирной пище возникает отвращение. Боли, носящие постоянный, тянущий характер, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии, усиливающаяся при приёме, жирной, жареной, острой пищи, в положении на спине и по ночам. Ещё больной предъявляет жалобы на ощущение тяжести в эпигастрии после приёма пищи, чувство быстрого насыщения, значительное снижение аппетита, отрыжку, метеоризм, урчание в животе, чередование запоров и поносов, снижение массы тела (с 115 до 84).Жалобы на раздражительность, вялость, общую слабость, утомляемость; анамнеза заболевания: болеет приблизительно месяц, когда после приёма жирной, жареной, острой пищи, алкогольных напитков, в небольших количествах, стал ощущать тошноту, тяжесть в эпигастрии, иногда болезненные неинтенсивные ощущения. 4,052012, появились резкие боли в верхней половине живота, приступообразного характера, сопровождающиеся рвотой, расстройством стула, повышением температуры. На основании результатов объективного исследования: положительные симптомы Чухриенко,, Раздольского, Кёрте, Холстеда, френикус-симптом справа, поколачивание сзади слева вдоль длинной оси железы приводит к усилению болей, имеется болезненность при пальпации в холедохопанкреатической зоне Шоффара. Наблюдается феномен «мышечной защиты» при пальпации живота в эпигастральной области и над пупком. При глубокой пальпации определяется поперечно-ободочная кишка спазмированная, болезненная; выделенных симптомов и синдромов (болевого, диспепсического, нарушения внешней секреции, интоксикационного, воспалительного, астенического). Опираясь на все вышеперечисленные признаки можно вынести лишь предварительное диагностическое заключение: Хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции. Рецидивирующее течение. Болевая форма. Стадия обострения. Для подтверждения диагноза требуется лаборатоно-инструментальное исследование.

**План обследования больного**

. Лабораторно-клинические исследования:

•Общий анализ крови (для выявления острофазовых показателей, характерно увеличение СОЭ, нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле)

•Белок и белковые фракции (для определения острофазовых показателей:СРБ, а2-глобулинов)

•Амилаза и изоферменты, липаза в крови и моче, трипсин (для выявления гиперферментемии, повышения активности панкреатических ферментов в крови и моче).

•АлАт, АсАт, общий билирубин, щелочнаяфосфотаза

(для определения степени вовлечения в процесс печени и активности отто-ка желчи из желчных протоков).

• Глюкоза, толерантность к глюкозе (для определения нарушения внутрисекреторной функции и как следствия нарушения углеводного обмена).

•Тимоловая проба

•Формоловая проба

•Копрограмма (для определения снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы: подтверждение этому стеаторея, креаторея).

• Исследование свёртывающей системы крови.

• Содержание мочевины в крови

• Содержание креатинина

• HbsAg

• Общий анализ мочи

• Кровь на МОР

. Функционально-инструментальные методы:

• УЗИ (для определения отёка, увеличения, изменения формы, возможно так же обнаружение кисты и кальцификации поджелудочной железы; исследование состояния печени).

• ЭКГ