ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

Кемеровская государственная медицинская академия

Кафедра общей хирургии

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_, 35 лет.

Клинический диагноз: Острый панкреатит, отечная форма

Куратор: студентка 308 группы,

Лечебного факультета

Илясова Л.В.

Сокуратор: Черникова А.П.

Дата курации: 05.04.-06.04. 2005г.

Паспортные данные

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 35 лет

Группа крови: В(III)a Rh+

Образование: среднее

Место работы: безработный

Дом. адрес: г.Кемерово ул. С\_\_\_\_\_\_партака 26 - 5

Дата поступления в стационар: 04.04.05., в экстренном порядке

Диагноз при направлении: Острый холецистит

Диагноз при поступлении: Острый панкреатит

Клинический диагноз: Острый панкреатит отечной формы

Новокаиновая блокада круглой связки печени, 04.04.05.

Жалобы

Боль в эпигастральной области и в левом подреберье, острая, постоянная, сопровождающаяся головными болями. Сухость во рту. Отсутствие стула. Бессонница.

История заболевания

В апреле 2004 года первый раз поступил в стационар с острыми болями в эпигастрии, начало заболевания было острое, больной связал возникшие боли с приемом острой пищи. Был поставлен диагноз - острый панкреатит. Лечение: провели новокаиновую блокаду круглой связки печени 0,25% - 200 мл; вводили в/в капельно растворы: NaCL 0.9% - 800 мл., папаверин 2% - 4.0,платифилин 0.2% - 1.0;глюкоза 5% - 800 мл., витамин С, В6, В1 по 1.0. Атропин 0,1% - 0.5 3р. в день п/к, анальгин 50% - 2,0 в\м, папаверин 2% - 1,0 в\м. Инфузионная терапия проводилась в первые дни, затем заменена на препараты таблетированной формы: «мезим» 2 т. 3р. в день, «но-шпа» 1т. 3р. в день. В стационаре находился втечение 2 недель, за этот период самочувствие улучшилось, болевой синдром купирован. После выписки соблюдал диету, принимал таблетки, назначенные ранее . 22 ноябре того же года попал вторично в стационар с тем же диагнозом. Обострение произошло из-за несоблюдения диеты и приема спиртных напитков. Лечение проводилось по той же схеме, что и в предыдущий раз. После выписки пациент не соблюдал предписание врача и 28 января 2005 поступил в стационар с тем же диагнозом, врачами был купирован болевой синдром и оказана необходимая помощь теми же методами. После выписки пациент не следовал рекомендациям врача, вследствие чего 4 апреля 2005 года в очередной раз попал в стационар с тем же диагнозом. Первый приступ боли в животе пациент почувствовал после распития пива 2 апреля, приняв таблетку анальгина болевой синдром был купирован. Утром 4 апреля боли возобновились и в течении дня усилились, появилась тошнота, рвота. Была вызвана скорая помощь и в 17.45 больной поступил в приемное отделение, где ему сделали необходимые анализы (общий анализ крови, мочи; биохимический анализ крови;) Больному была проведена ранее описанная процедура - новокаиновая блокада круглой связки печени. В настоящий момент наблюдается улучшение, менее выражен болевой синдром.

История жизни

Родился в г. Кемерово, в малообеспеченной семье состоящей из 4 человек. Закончив 9 классов школы поступил в училище на специальность «Механизатор мелиоративных работ». После окончания училища (17 лет) устроился работать водителем. В 18 лет поступил на службу в армию, после чего вернулся на прежнюю работу. Не женат, живет с сестрой.

Питается регулярно, пищу употребляет жирную, острую. Злоупотребляет спиртными напитками. Курит с 15 лет, в день выкуривает 1,5 пачки сигарет.

В детстве ничем не болел. Наследственных заболеваний нет. Травм, гемотрансфузий, желтухи, гепатита, не было. Аллергии и ВИЧ нет. За границей, в Казахстане, в Иркутской области в период с 1989-1992г. и в МВЛ не был.

Настоящее состояние больного

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, походка устойчивая. Телосложение правильное, рост 175 см, вес 70 кг, температура 36,6. Внешний вид не соответствует паспортному возрасту (выглядит старше).

Кожные покровы бледные сухие. Тургор снижен. Губы сухие. На левой руке линейный рубец длиной 3.5 см, шириной 0,3 см., подвижный, безболезненный. Высыпаний нет. Слева на крыле носа имеется бородавка диаметром 0,4 см. Волосы ломкие, тусклые. Ногти уплощены, матовые.

Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно, симметрично, умеренно; толщина подкожно-жировой складки на уровне 6-го ребра по средней аксилярной линии 1,5 см, на уровне пупка - 2 см. Подкожные вены малозаметны. При пальпации подкожная клетчатка безболезненна, подкожных опухолей, уплотнений, эмфиземы, отеков нет.

Лимфатические узлы при пальпации не обнаруживаются.

Мышцы развиты симметрично. При пальпации безболезненные, патологических образований нет. Тонус и сила всех групп мышц сохранены.

Окружность конечностей на разных уровнях составляет (в см.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сегмент | Сторона | Нижняя треть | Средняя треть | Верхняя треть |
| Предплечье | Правое Левое | 17,5 17,5 | 20 20 | 25 25 |
| Плечо | Правое Левое | 27,5 27,5 | 30 30 | 29 29 |
| Голень | Правое Левое | 21,5 21,5 | 27,5 27,5 | 32 32 |
| Бедро | Правое Левое | 38 38 | 43 43 | 52 52 |

Части скелета пропорциональны деформаций костей нет, при поколачивании и пальпации кости безболезненны.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Относительная длина (см) |  |  |  | Абсолютная длина (см) |  |  |  |
|  | Верхняя конечность | Правая Левая | 57 57 | Верхняя конечность | Предплечье Плечо | Правое Левое Правое Левое | 27 27 31 31 |
|  | Нижняя конечность | Правая Левая | 96 96 | Нижняя конечность | Голень Бедро | Правая Левая Правая Левая | 42 42 45 45 |

Позвоночник правильной формы, имеет 4 физиологических изгиба: шейный и поясничный лордоз, грудной и крестцовый кифоз. Пальпация и поколачивание безболезненны, симптом нагрузки отрицательный. Имеется сутулость в грудном отделе.

Все суставы правильной формы, симметричные, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена. При пальпации суставы безболезненные, состояние суставных концов правильное, костных выступов не определяется. Объем активных и пассивных движений во всех суставах - полный, движения безболезненные, хруст в правом коленном суставе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сустав | Движение | Правый | Левый |
| Плечевой | Сгибание Разгибание Отведение Привидение Ротация кнаружи Ротация кнутри Девиация кпереди Девиация кзади | 90 45 90 10 35 90 70 30 | 90 45 90 10 35 90 70 30 |
| Локтевой | Сгибание Разгибание Супинация Пронация | 40 180 90 90 | 40 180 90 90 |
| Лучезапястный | Сгибание Ладонное Тыльное Отведение Радиальное Ульнарное | 65 75 20 30 | 65 75 20 30 |
| Тазобедренный | Сгибание Разгибание Отведение Привидение Ротация кнаружи Ротация кнутри | 120 30 40 25 20 40 | 120 30 40 25 20 40 |
| Коленный | Сгибание Разгибание | 40 180 | 40 180 |
| Голеностопный | Сгибание Подошвенное Тыльное Супинация Пронация | 40 20 45 20 | 40 20 45 20 |

Дыхание через нос свободное. Крылья носа в дыхании не участвуют. Выделений из носа нет. Пальпация и поколачивание придаточных пазух носа безболезненны. Гортань подвижна, пальпация ее безболезненна. Голос не изменен.

Грудная клетка цилиндрической формы, соответствует нормостеническому конституциональному типу, симметричная, эпигастралъный угол близок к прямому. Ширина межреберных промежутков 1.5 см. Ребра умеренно направлены вниз. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке, расположены симметрично.

Тип дыхания брюшной. Дыхание частое, поверхностное, ритмичное. Число дыханий 24 в минуту, вдох продолжительнее выдоха. Движения грудной клетки при дыхании равномерные. Окружность грудной клетки при спокойном дыхании 93 см. при максимальном вдохе - 96 см, при максимальном выдохе - 92 см. Экскурсия грудной клетки - 4 см. Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание над симметричными областями грудной клетки проводится равномерно, средней силы. Трение плевры на ощупь не определяется. При сравнительной перкуссии легких над всеми симметричными областями грудной клетки определяется ясный легочной звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных: в нижних аксиллярных областях справа- с притупленным оттенком и слева-с тимпаническим оттенком. Высота стояния верхушек легких с обеих сторон: спереди - на 3,5 см выше ключиц, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Нижние границы легких:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| 1 2 3 4 5 6 7 | Околокрудинная Среднеключичная Передне-подмышечная Средне-подмышечная Заднее-подмышечная Лопаточная Околопозвоночная | Верхний край 6 ребра Нижний край 6 ребра 7 ребро 8 ребро 9 ребро 10 ребро на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | 7 ребро 8 ребро 9 ребро 10 ребро на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, нормальной громкости. Экскурсия нижнего легочного края по среднеключичной линии с обеих сторон 3 см.

Видимой пульсации сосудов нет, вены слабо выражены.

Пальпируется пульс на височных, сонных, подключичных, подмышечных, плечевых артериях - удовлетворительного наполнения, одинаковый на одноименных артериях, сосудистая стенка в виде гладкого эластичного тяжа. Пульс на обеих лучевых артериях одинаковый, ритмичный, с частотой 76 удара в минуту, среднего наполнения, напряжения и величины, нормальной скорости, сосудистая стенка вне пульсовой волны не определяется. Пальпируется пульс на артериях тыла стопы, задней большеберцовой, подколенной - удовлетворительного наполнения, одинаковый на одноименных артериях. Капиллярный пульс не определяется. АД - 125/85 мм. рт. ст. на обеих плечевых артериях.

Костных деформаций и видимой пульсации в области сердца и в эпигастрии нет. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, положительный, локализованный, средней высоты и силы. Пульсация в области сердца и симптом «кошачьего мурлыканья» не определяются. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на выдохе, обусловленная пульсацией брюшной аорты. Пальпация области сердца безболезненна, зон гиперестезии нет. Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Границы относительной сердечной тупости | Границы абсолютной сердечной тупости |
| Правая | 1 см в право от правого края грудины | По левому краю грудины |
| Верхняя | Нижний край хряща 3 ребра | Нижний край хряща 4 ребра |
| Левая | 1,5 см кнутри от среднеключичной линии | 1 см кнутри от левой границы отн. сердечной тупости |
| Ширина сосудистого пучка 5 см | Поперечник 13 см Длинник 14 см |  |

Конфигурация сердца нормальная. Во всех точках аускультации сердца прослушиваются 2 тона, ритм правильный, частота 76 ударов в минуту. Шумов нет.

Поясничная область внешне не изменена, отеков нет, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Местные признаки заболевания.

Язык нормальной величины, бледно- розовый, запаха изо рта нет. Слизистая полости рта не изменена, миндалины не увеличены.

Живот правильной конфигурации, симметричный участвует в акте дыхания. На 6 см выше пупка имеется место прокола, вокруг которого зона припухлости диаметром 8 см. Кожный покров не изменен, наблюдается незначительная гипертермия в этой области, при пальпации болезненность. При перкуссии притупление звука.

Окружность живота 95 см, видимой перистальтики нет. При пальпации обнаруживается болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Синдром Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При пальпации толстого кишечника в левой подвздошной области прощупывается сигмовидная кишка в виде цилиндра, толщиной до 2 см. В левой области определяется нисходящая ободочная кишка, толщиной до 2,5 см. В правой области прощупывается восходящая ободочная кишка, толщиной 2,5 см. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка. Описанные отделы толстого кишечника имеют гладкую поверхность, эластичную консистенцию, безболезненны и без урчания. Поперечноободочная кишка и желудок не пальпируются.

Область правого подреберья при осмотре не изменена. При пальпации живота по средне ключичной линии нижний край печени не определяется. Размеры печени по Курлову по тем же линиям соответственно: 10-9-8 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы (Мерфи, Кера, Мюсси, Ортнера) отрицательные.

При пальпации поджелудочной железы выявляется болезненность зоны Губергрица -Скульского и в точках Губергрица и Мейо - Робсона.

Предварительный диагноз.

На основании:

Жалоб на боли в эпигастрии и в левом подреберье.

Истории заболевания: 4 раз попадает в стационар с идентичными симптомами и диагнозом.

Физикального исследования поджелудочной железы: болезненность зоны Губергрица -Скульского и в точках Губергрица и Мейо - Робсона.

Специальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости.

На основании результатов обследования можно выставить предварительный диагноз - острый панкреатит.

План дополнительных исследований

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Общий анализ мочи

Эзофагогастродуоденоскопия

УЗИ органов брюшной полости

Результаты дополнительных исследований и их клиническая оценка.

общий анализ крови (4.04.05): эритроциты - 4,8х10 \л

гемоглобин - 137 г\л

ЦП - 0,85

Лейкоциты - 5,1х10 \л

Заключение: отклонений от нормы нет.

Биохимический анализ крови (4.04.05): Билирубин - 14,23 ммоль\л

Сахар - 5,3 ммоль\л

Мочевина - 5,0 мл\л

Креатин - 0,11 ммоль\л

Амилаза - 29,7 г\л

Заключение: отклонений от нормы нет.

Общий анализ мочи(4.04.05): цвет- насыщенно желтый

прозрачная

белок - 0,066 г\л

среда - нейтральная

слизь +++

почечный эпителий 5-6

эритроциты 3-4

Заключение: Воспалительный процесс.

Эзофагогастродуоденоскопия: Пищевод проходим, слизистая его гладкая розового цвета, кардиальный жом смыкается. Складки желудка обычных размеров, эластичны. В просвете желудка не большое количество слизи. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки отечна, гиперемирована. Привратник сомкнут, эластичен.

Заключение: Поверхностный гастродуоденит.

УЗИ органов брюшной полости: Печень: увеличена правая доля, контуры четкие, эхоструктура однородная.

Поджелудочная железа: увеличена в области головки, контуры нечеткие, неровные, эхоструктура неоднородная.

Заключение: Диффузные изменения поджелудочной железы (Острый панкреатит).

Клинический диагноз: Острый панкреатит отечной формы.

Лечебные назначения

жалоба панкреатит лечебный

Диета: стол №5

Для уменьшения болей: обезболивающие анальгин, промедол; спазмалитики но-шпа.

Ферменты: мезим.

Жирорастворимые витамины А,Е,Д и К.