Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

Заведующий кафедрой д.м.н.,

профессор Суздальцев И.В.

Руководитель к.м.н.,

доцент Ионов П.Ш.

История болезни И.К.В.

Заключительный диагноз:

Основной: ПХЭС, хронический билиарный панкреатит

Осложнения: нет

Сопутствующие: нет

Куратор: студент 526А группы

Чубенко М.Ф.

Дни курации 15.12.14-17.12.14.

Ставрополь, 2014

Общие сведения о пациенте (паспортная часть):

Ф.И.О. больного. И. К. В.

Возраст. 63 года

Профессия. Пенсионер

Дата поступления в клинику. 10.12.2014

Диагноз при поступлении. ПХЭС. Острый панкреатит.

Диагноз клинический:

основной: ПХЭС. Хронический билиарный панкреатит.

осложнения:

сопутствующие заболевания:

Жалобы больного при поступлении

Жалобы на острые режущие боли опоясывающего характера в верхней части живота, с наибольшей интенсивностью в эпигастрии, постоянные, возникшие после приема жирной пищи. Однократная рвота недавно съеденной пищей, возникшую после появления болей, не принесла облегчения. Сухость во рту, привкус горечи. Отсутствие аппетита. Общую слабость, головные боли.

На момент курации жалобы: боль в области эпигастрия, постоянная. Общая слабость. Сухость во рту.

morbi

Считает себя больной с 2004 года, когда спустя пары месяцев начала ощущать боли в эпигастральной области после приема жирной пищи. После был установлен диагноз ПХЭС и назначена диета. 9.12.14 г.после приема жареной жирной пищи через в 1,5-2 часа появились боли в верхней части живота. В течение последующего получаса заметно усилились в области эпигастрия и имели опоясывающий характер. Появилась однократная рвота, после которой не отмечала улучшения состояния. Кроме этого, сухость во рту, привкус горечи, общее недомогание, отсутствие аппетита,головная боль, чувство страха. Утвержает, что такие боли наблюдались последние 20 лет, с различными интервалами, связанные с нарушением диеты. Самостоятельно приняла Валосердин и Но-Шпу, без эффекта. Через четыре часа вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в ГКБ № 3 г. Ставрополь хирургическое отделение.

vitae

Родилась 17.06.1951 года в г. Светлоград. Росла и развивалась в соответствии с возрастом, умственно и физически от сверстников не отставала. Вдова, имеет сына 39 лет. Жилищные условия удовлетворительные. Питание регулярное, имеет погрешности в диете.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Операция 32 года назад по поводу удаления яичников и маточных труб. Холецистэктомия в 2004 году. Количество беременностей-три, две с исходом выкидыш, 1 беременность без патологии, роды протекали без осложнений. Туберкулез, вирусные гепатиты, укусы клещей, венерические заболевания отрицает. В анамнезе хронический калькулезный холецистит с 1995 года, с последующей холецистэктомией в 2004 году.

Трудовая жизнь: работала кладовщицей с 1971 г.

Аллергологический анамнез: Аллергию отрицает. Переносит все лекарства.

Наследственный анамнез: Отец, умер в возрасте 70 лет от инфаркта миокарда. Мать умерла в 68 лет. Сын, 39 лет, здоров.

Status praesens objectivus

Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Положение пассивное. Выражение лица нормальное. Отеки отсутствуют. Поведение общительное. Телосложение - нормостеническое. Рост 163 см, вес 70 кг.

Кожные покровы. Цвет желтушный. Кожа эластичная, влажность нормальная, тургор сохранен. Пигментации и сыпи нет. Геморрагические явления отсутствуют. Послеоперационные рубцы подвижны.

Слизистые глаз желтушные. Язык сухой, обложен белым налетом на всей поверхности.

Подкожная клетчатка развита нормально, места наибольшего отложения жира на бедрах и животе. Толщина кожной складки на животе на уровне пупка - 2 см. Ожирение по женскому типу.

Отеки отсутствуют. Подкожные вены малозаметны. Лимфатические узлы при осмотре не видны. При пальпации не определяются.

Мышечная система развита умерено. Тонус мышц нормальный. Сила соответствует полу и возрасту.

Суставы не деформированы, объем движений активный, болевые ощущения отсутствуют.

Температура тела 36,8 С.

Органы дыхания.

Дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки нормастеническая, без деформаций. Эпигастральный угол 90 градусов. Правая и левая части грудной клетки симметричные. Над и подключичные ямки одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Тип дыхания грудной, ЧДД 21. Ритм правельный.

При пальпация грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках с одинаковой силой. При перкуссии звук ясный легочный. Патологических изменений нет.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | 2 см выше уровня ключицы | 2 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига.

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | Слева |
| 3,5 | 4 |

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Типографические линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | Пятое межреберье | - |
| Среднеключичная | 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 легкими определяется ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.

Органы кровообращения.

Жалоб нет. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в 5м межреберье по среднеключичной линии, шириной 1,5 см, не усилен.

Перкуссия сердца.

Правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье;

Левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье;

Верхняя - на уровне III ребра

Границы абсолютной тупости сердца: правая - левый край грудины; правая - на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии; верхняя - на уровне IV ребра. Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультация сердца. Тоны сердца приглушенные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 55 в мин.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 55 в минуту, нормального наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы.

Артериальное давление на верхних конечностях: систолическое - 140 мм.рт. ст.; диастолическое - 70 мм.рт.ст.

Система мочеотделения

Жалобы отсутствуют. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

Частота мочеиспусканий 2-3 раза в сутки, безболезненны.

Нервная и эндокринная системы.

Сон спокойный. Головные боли во время приступа, средней интенсивности с локализацией в области височных долей. Головокружение не отмечает.

Психическая сфера: больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна. Интеллект средний. Поведение адекватное. Жалоб со стороны зрения и слуха нет.

Status localis

Система пищеварения

Запах выдыхаемого воздуха обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого нѐба нормальная. Слизистая оболочка рта бледно-розовая. Язык обложен белым налетом. Десны розовые. При осмотре зева патологических изменений не выявлено. Миндалины нормальной величины.

При осмотре живот нормальной формы, симметричен. Патологической перистальтики не отмечается. Имеется послеоперационный рубец длинной 10 см по средней линии живота в результате операции удаления яичников.

При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Свободная жидкость не определяется.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, менее в правом и левом подреберье. При исследовании слабых мест грыжевых выпячиваний не обнаружено.

При пальпации поджелудочной железы определяется болезненность на всем протяжении, а также в зоне Шоффара и Мейо-Робсона.

Граница желудка определяется на 2 см выше пупка.

При аускультации выслушивается умеренная перистальтика.

Гепатобилиарный тракт

Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линия | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печеночной тупости |
| Правая передняя подмышечная | VII ребро | По краю реберной дуги | 13 см |
| Правая среднеключичная | Шестое межреберье | По краю реберной дуги | 12 см |
| Правая окологрудинная | VI ребро | На 2 см ниже реберной дуги | 10 см |
| Передняя срединная | - | На 3 см ниже мечевидного отростка грудины | - |
| Граница левой доли | - | Выступает на 2 см за левую окологрудинную линию по краю реберной дуги |  |

При пальпации край печени выступает на 1 см из-под реберной дуги. Имеет гладкую поверхность. Безболезненна.

Селезенка не увеличена: верхняя граница - на уровне IX ребра, нижняя - на уровне X ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выступает из-под реберной дуги. Размеры селезеночной тупости: поперечник -6 см, длинник 7 см. Селезенка не пальпируется.

Деятельность кишечника нерегулярная. Имеются задержки кала до двух суток. Кал оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Предварительный клинический диагноз

На основе жалоб: на острые режущие боли, опоясывающего характера в верхней части живота, с наибольшей интенсивностью в эпигастрии, постоянные, возникшие после приема жирной пищи. Однократная рвота недавно съеденной пищей, возникшую после появления болей, не принесла облегчения. Сухость во рту. Отсутствие аппетита. Общую слабость, головные боли;

анамнеза заболевания: считает себя больной с 2004 года, когда спустя пары месяцев начала ощущать боли в эпигастральной области после приема жирной пищи. После был установлен диагноз ПХЭС и назначена диета. 9.12.14 г.после приема жареной жирной пищи через в 1,5-2 часа появились боли в верхней части живота. В течение последующего получаса заметно усилились в области эпигастрия и имели опоясывающий характер. Появилась однократная рвота, после которой не отмечала улучшения состояния. Кроме этого, сухость во рту, привкус горечи, общее недомогание, отсутствие аппетита,головная боль, чувство страха. Утвержает, что такие боли наблюдались последние 20 лет, с различными интервалами, связанные с нарушением диеты. Самостоятельно приняла Валосердин и Но-Шпу, без эффекта. Через четыре часа вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в ГКБ № 3 г. Ставрополь хирургическое отделение; а также учитывая данные осмотра можно предположить наличие у пациентки ПХЭС, острого билиарного панкреатита.

План дополнительного обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови

Анализ на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ

ЭРХПГ

ЭКГ

УЗИ брюшной полости

ЭГДС

Обзорная рентгенография брюшной полости

Копрограмма

Результаты дополнительного обследования и заключения консультантов

ОАК (10.12.14)3.9210.212536.53612569631.431.212.37.714.013.3 %4.3%82.4.0%

Биохимический анализ крови(10.12.14)

Билирубин общий 80,0 мкмоль/л

Прямой 30 мкмоль/л

Непрямой 50,0 мкмоль/л

АСТ 634 Ме/л

АЛТ 1187 Ме/л

Мочевина 5,3 ммоль/л

Креатинин 72,0 ммоль/л

Общий белок 72 ммоль/л

Альфа-амилаза 432

Глюкоза- 9.9, HbsAg, HCV, ВИЧ - отрицательные

ОАМ (10.12.14)

Цвет коричневый

рН 6.5

Удельный вес 1015

Эпителиальные 0-3 п/з

Лейкоциты 3-4 п/з

Слизь +

А-амилаза мочи 151 ед/л

ЭКГ 10.12.14

Заключение: синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Замедления в предсердной проводимости. Замедление в желудочковой проводимости. Нарушение процессов реполяризации в миокарде нижней стенки левого желудочка.

УЗИ брюшной полости 11.12.14

Заключение: УЗИ признаки диффузных изменений в паренхиме печени, пжж.

жалоба панкреатит лечение боль

Дифференциальный диагноз

Острый билиарный панкреатит необходимо дифференцировать со многими заболеваниями брюшной полости, например с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, как правило, имеет хроническое рецидивирующее течение. Периоды обострений сменяются периодами ремиссии, во время которых язвенного дефекта не выявляют, а на месте язвы чаще всего находят рубцы. Как правило, обострения возникают в осенью и весной. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки мужчины страдают в семь раз чаще чем женщины. Однако в последнее время у женщин язвы диагностируются все чаще. В большинстве случаев заболевание впервые проявляется в молодом трудоспособном возрасте.

Основным клиническим симптомом язвенной болезни является боль в верхних отделах живота. Боль чаще локализуется по центру, но может распространяться под левое и правое подреберье, в околопупочную область, отдавать в спину. Она связаны с приемом пищи и имеет сезонный характер с весенними и осенними обострениями. Язвенная боль купируется приемом антацидов и молока, уменьшается после рвоты. Боли при язвах разной локализации имеют свои особенности. При язве тела желудка имеет место «ранняя» боль, которая возникает приблизительнео через час после еды, длится около 2 часов, а затем постепенно уменьшается и исчезает. При наличии язвы в двенадцатиперстной кишке или пилорическом отделе желудка (непосредственно перед переходом желудка в двенадцатиперстную кишку) возникают «поздние» боли, начинающиеся через 2 часа после еды, а также ночные боли, заставляющие пациентов просыпаться и принимать пищу или теплое молоко.

Помимо болевого синдрома могут наблюдаться тошнота, рвота, отрыжка, тяжесть, распирание и переполнение в области желудка. Аппетит, как правило, хороший, однако в тех случаях, когда пища вызывает появление болей, пациенты стараются есть меньше.

В последнее время все чаще наблюдаются малосимптомные, бессимптомные («немые») или атипичные клинические варианты язвенной болезни. Такие варианты чаще свойственны пожилым больным, лицам страдающим сахарным диабетом, принимающим нестероидные противовоспалительные средства или злоупотребляющим алкоголем. У таких пациентов язвенная болезнь долгое время может оставаться недиагностированной, и лишь развитие осложнений может заставить больного обратиться за медицинской помощью.

К наиболее опасным осложнениям язвы желудка и двенадцатиперстной кишки относят перфорацию, кровотечение, пенетрацию и стеноз. Появление первых симптомов осложнений требует обязательной консультации хирурга и госпитализации в хирургический стационар.

При перфорации (прободении) язвы в месте ее расположения происходит разрушение всех слоев стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Их содержимое поступает непосредственно в брюшную полость. Основными симптомами данного осложнения служат чрезвычайно интенсивные («удар кинжала», «разлился кипяток») и быстро нарастающие боли в верхних отделах живота. Боль усаливается при глубоком дыхании, кашле, поворотах тела. Она носит постоянный характер и постепенно распространяется на весь живот. При прободении язвы развивается перитонит (воспаление брюшины), несущий прямую угрозу жизни пациента. Единственным выходом в данной ситуации является экстренная госпитализация и хирургическое лечение.

Окончательный диагноз

На основе жалоб: на острые режущие боли, опоясывающего характера в верхней части живота, с наибольшей интенсивностью в эпигастрии, постоянные, возникшие после приема жирной пищи. Однократная рвота недавно съеденной пищей, возникшую после появления болей, не принесла облегчения. Сухость во рту, привкус горечи, отсутствие аппетита. Общую слабость, головные боли;

анамнеза заболевания: считает себя больной с 2004 года, когда спустя пары месяцев начала ощущать боли в эпигастральной области после приема жирной пищи. После был установлен диагноз ПХЭС и назначена диета. 9.12.14 г.после приема жареной жирной пищи через в 1,5-2 часа появились боли в верхней части живота. В течение последующего получаса заметно усилились в области эпигастрия и имели опоясывающий характер. Появилась однократная рвота, после которой не отмечала улучшения состояния. Кроме этого, сухость во рту, общее недомогание, отсутствие аппетита,головная боль, чувство страха. Утвержает, что такие боли наблюдались последние 20 лет, с различными интервалами, связанные с нарушением диеты. Самостоятельно приняла Валосердин и Но-Шпу, без эффекта. Через четыре часа вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в ГКБ № 3 г. Ставрополь хирургическое отделение.

На основании осмотра: состояние больной средней тяжести, обусловлено болевым синдромом, а также данных лабораторных исследований: из общего анализа крови-умеренный лейкоцитоз, тромбоцитоз, гранулоцитоз; из биохимического анализа крови- повышенно количество альфа-амилазы; прямого и непрямого билирубина, повышенного уровня глюкозы

и инструментальных методов исследования: ЭКГ -синусовый ритм, ЭОС нормально расположена.Гипертрофия левого желудочка умеренными диффузными изменениями миокарда.УЗИ брюшной полости -УЗИ признаки диффузных изменений в паренхиме печени, пжж. А также на проведенном дифференциальном диагнозе можно сформулировать окончательный диагноз:

Основное заболевание: ПХЭС, хронический билиарный панкреатит

Осложнения основного заболевания: нет

Сопутствующие заболевания: нет.

Описание данного заболевания

Постхолецистэктомический синдром - это функциональное (при котором страдает функция органа) изменение работы желчевыделительной системы после проведения холецистэктомии (удаления желчного пузыря) или иной операции на желчных путях преимущественно по поводу желчнокаменной болезни (образования камней в желчном пузыре).  
В первую очередь развивается нарушение моторики (двигательной активности) сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей ток желчи) и двигательной функции 12-перстной кишки, что и является истинным постхолецистэктомическим синдромом.

Клиническая картина ПХЭС определяется причинами, обусловившими заболевание, для нее характерны: боль в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующая в спину и правую лопатку, возможно появление желтухи и зуда кожи, диспепсические нарушения (тошнота, ощущение горечи во рту, метеоризм, неустойчивый стул, запор, понос).

Выделяют следующие варианты течения ПХЭС: (1) диспепсический вариант проявляется диспепсией в виде тошноты, ощущения горечи во рту; невыраженным болевым синдромом; (2) болевой вариант - протекает с болевым синдромом различной степени выраженности; (3) желтушный вариант - периодическая субэктеричность кожных покровов и склер с болевым синдромом или без него; (4) клинически асимптомный вариант характеризуется отсутствием жалоб, наличием изменений в биохимических показателях крови (повышение уровней щелочной фосфатазы, билирубина, АсАТ, АлАТ, амилазы) и/или дилатацией общего желчного протока по данным УЗИ более 6 мм.

Клинически дискинезия сфинктера Одди проявляется нарушением оттока желчи и панкреатического секрета. В зависимости от места нарушения оттока и характера болевого синдрома выделяют (1) билиарный, (2) панкреатический и (3) сочетанный типы дискинезии сфинктера Одди. Большинство пациентов составляют категорию больных с болевым синдромом по билиарному типу: боль локализуется в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку. Данный тип болевого синдрома, в свою очередь, имеет следующие подтипы. (1)Билиарная дискинезия сфинктера Одди (ДСО) 1 типа: приступ болей билиарного типа в сочетании с тремя следующими признаками: подъем АСТ и/или ЩФ в два и более раз при двукратном исследовании; замедленное выделение контрастного вещества при ЭРХПГ (более 45 мин); расширение ОЖП более 12 мм. (2) Билиарная ДСО 2 типа: приступ болей билиарного типа, сочетающийся с одним или двумя вышеперечисленными признаками. (3) Билиарная ДСО 3 типа: наблюдаются только приступы болей билиарного типа.

Лечение ПХЭС. Основные принципы консервативной терапии при ПХЭС заключаются в купировании клинической симптоматики, восстановлении нормального биохимического состава желчи, адекватного оттока желчи и панкреатического сока, в лечении заболеваний, ассоциированных с патологией билиарного тракта.

Назначают лечебное питание и заместительную терапию препаратами урсодеоксихолевой кислоты (Урсосан). Общепризнанным считается назначение частого дробного питания (5-7 раз в день), соблюдение диеты (№5) с низким содержанием жира (40-60 г в сутки растительных жиров), исключение жареных, острых, кислых продуктов. Для купирования болевого синдрома, обусловленного спазмом сфинктера Одди, и обеспечения адекватного желчеоттока, показаны миотропные спазмолитики: гимекромон, мебеверина гидрохлорид или пинаверия бромид. При наличии синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке, дуодените, папиллите в общепринятых дозах назначают антибактериальные препараты: котримоксазол, интетрикс, фуразолидон, нифуроксацид, ципрофлоксацин, эритромицин, кларитромицин. Курс лечения - 7 дней. При необходимости проводится несколько курсов антибактериальной терапии со сменой препаратов в очередном курсе. После антибактериального курса назначают пробиотики (бифиформ, бифидумбактерин, споробактерин и др.), пребиотики (Хилак форте) с целью нормализации кишечной микрофлоры и стимуляции регенерации поврежденных деконъюгированными желчными кислотами эпителиоцитов кишечной стенки. Для связывания избытка желчных и других органических кислот, особенно при наличии холагенной диареи, показано применение алюминийсодержащих антацидов (маалокс, алмагель нео). По показаниям возможно применение ферментных препаратов (панкреатин и др.). Выявление эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ подразумевает проведение общепринятой антисекреторной терапии с назначением ингибиторов протонной помпы (омепразол, рабепразол или эзомепразол) в среднесуточных дозах, а при диагностике хеликобактериоза - эрадикационной терапии.

Основным направлением лечения билиарнозависимого панкреатита является этиотропное лечение, т.е. устранение причинного фактора - холедохолитиаза, холецистолитиаза, стриктур терминального отдела холедоха и БДС, дискинезии сфинктера Одди, аденомы фатерова соска. Ведущими методиками являются эндоскопическое и хирургическое лечение. Консервативные мероприятия при атаке панкреатита и при развившейся экзокринной недостаточности соответствуют таковым при ХП любой этиологии.

Следует отметить, что при купировании боли имеет смысл отдавать предпочтение спазмолитикам, особенно селективным - дюспаталину. Однако при этом необходимо учитывать наличие нарушений моторики желчного пузыря, стабилизация которой обеспечит нормальный пассаж секрета ПЖ. Гипермоторные нарушения требуют назначения спазмолитиков, а при гипомоторных нарушениях применяют прокинетики - эглонил, домперидон в общетерапевтических дозах до периода стабилизации моторики. Патогенетическим средством лечения билиарнозависимого ХП может быть урсодезоксихолевая кислота, длительный приём которой способствует уменьшению в жёлчи количества микролитов, вызывающих дискинезию сфинктера Одди и стенозирующий папиллит, приводит к редукции рефлюкс-гастрита, чрезвычайно часто сопутствующего желчнокаменной болезни и дисфункциональным расстройствам билиарного тракта.

План лечения

Режим палатный

Диета при постхолецистэктомическом синдроме с уменьшенной скоростью желчевыведения (гипомоторной дискинезии) - №5ж. Питание - дробное (4-6 раз в сутки)

Антацидную терапию - алмагель по 15 мл 3 раза в день после еды и на ночь, при особенно упорных болях используют Hr-блокаторы (циметидин по 200 мг 3-4 раза в сутки);

октреотид (сандостатин) в дозе 100-250 мкг/ч в/в в течение 1-3 дней.

-2 капсуле Креона 10 000 во время или сразу после еды с каждым приемом пищи

домперидон (мотилиум) по 10 мг 3 раза в сутки

-5 мл 50% раствора анальгина внутримышечно 1-3 раза в сутки с 2 мл 2% раствора папаверина

Дневники курации

15.12.14

Состояние средней тяжести, стабильное.

Жалобы на умеренные боли в эпигастрии. На фоне начатой терапии отмечает улучшение самочувствия.

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Побочных дыхательных шумов нет. Пульс удовлетворительных свойств. ЧСС 57 в мин., АД 140/70 мм.рт.ст.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот незначительно вздут, симметричен, дышит всеми отделами. При пальпации мягкий, болезнен в эпигастрии. Перистальтика выслушивается вялая. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печеночная тупость сохранена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется.

Стула не было, газы отходят, диурез не нарушен.

Данных к вмешательству нет.

.12.14

Состояние средней тяжести, стабильное.

Жалобы на умеренные боли в эпигастрии. На фоне начатой терапии отмечает улучшение самочувствия.

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Побочных дыхательных шумов нет. Пульс удовлетворительных свойств. ЧСС 57 в мин., АД 140/70 мм.рт.ст.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот незначительно вздут, симметричен, дышит всеми отделами. При пальпации мягкий, болезнен в эпигастрии. Перистальтика выслушивается вялая. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печеночная тупость сохранена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется.

Стула не было, газы отходят, диурез не нарушен.

Данных к вмешательству нет.

.12.14

Состояние средней тяжести, стабильное.

Жалобы на сильные боли в эпигастрии. На фоне начатой терапии отмечает улучшение самочувствия.

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Побочных дыхательных шумов нет. Пульс удовлетворительных свойств. ЧСС 57 в мин., АД 140/70 мм.рт.ст.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот незначительно вздут, симметричен, дышит всеми отделами. При пальпации мягкий, болезнен в эпигастрии. Перистальтика выслушивается вялая. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печеночная тупость сохранена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется.

Стула не было, газы отходят, диурез не нарушен.

Данных к вмешательству нет.

Эпикриз

Поступила в ГКб №3 г Ставрополя в хирургическое отделение 10.12.14 с жалобами на острые режущие боли, опоясывающего характера в верхней части живота, с наибольшей интенсивностью в эпигастрии, постоянные, возникшие после приема жирной пищи. Однократная рвота недавно съеденной пищей, возникшую после появления болей, не принесла облегчения. Сухость во рту, привкус горечи. Отсутствие аппетита. Общую слабость, головные боли.

Считает себя больной с 2004 года, когда спустя пары месяцев начала ощущать боли в эпигастральной области после приема жирной пищи. После был установлен диагноз ПХЭС и назначена диета. 9.12.14 г.после приема жареной жирной пищи через в 1,5-2 часа появились боли в верхней части живота. В течение последующего получаса заметно усилились в области эпигастрия и имели опоясывающий характер. Появилась однократная рвота, после которой не отмечала улучшения состояния. Кроме этого, сухость во рту, привкус горечи, общее недомогание, отсутствие аппетита,головная боль, чувство страха. Утвержает, что такие боли наблюдались последние 20 лет, с различными интервалами, связанные с нарушением диеты. Самостоятельно приняла Валосердин и Но-Шпу, без эффекта. Вызвала бригаду СМП, доставлена в ГКБ №3 г. Ставрополя, госпитализирована в хирургическое отделение.

При осмотре живот нормальной формы, симметричен. Патологической перистальтики не отмечается. Имеется послеоперационный рубец длинной 10 см по средней линии живота в результате операции удаления яичников.

При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Свободная жидкость не определяется.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, менее в правом и левом подреберье. При исследовании слабых мест грыжевых выпячиваний не обнаружено.

При пальпации поджелудочной железы определяется болезненность на всем протяжении, а также в зоне Шоффара и Мейо-Робсона. Граница желудка определяется на 2 см выше пупка.

При аускультации выслушивается умеренная перистальтика.

При пальпации край печени выступает на 1 см из-под реберной дуги. Имеет гладкую поверхность. Безболезненна.

Селезенка не увеличена: верхняя граница - на уровне IX ребра, нижняя - на уровне X ребра. Передняя граница селезеночной тупости не выступает из-под реберной дуги. Размеры селезеночной тупости: поперечник -6 см, длинник 7 см. Селезенка не пальпируется.

Деятельность кишечника нерегулярная. Имеются задержки кала до двух суток. Кал оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Проведены лабораторные и инструментальные исследования:

.Общий анализ крови

.Общий анализ мочи

.Биохимический анализ крови

.Анализ на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ

.ЭКГ

.УЗИ брюшной полости

.Обзорная рентгенография брюшной полости

на основании чего был поставлен диагноз: ПХЭС, хронический билиарный панкреатит.

Проведено лечение консервативное:

. Режим палатный

. Диета при постхолецистэктомическом синдроме с уменьшенной скоростью желчевыведения (гипомоторной дискинезии) - №5ж. Питание - дробное (4-6 раз в сутки)

. Антацидную терапию - алмагель по 15 мл 3 раза в день после еды и на ночь, при особенно упорных болях используют Hr-блокаторы (циметидин по 200 мг 3-4 раза в сутки);

. октреотид (сандостатин) в дозе 100-250 мкг/ч в/в в течение 1-3 дней.

. 1-2 капсуле Креона 10 000 во время или сразу после еды с каждым приемом пищи

.домперидон (мотилиум) по 10 мг 3 раза в сутки

-5 мл 50% раствора анальгина внутримышечно 1-3 раза в сутки с 2 мл 2% раствора папаверина

Рекомендации: режим, диета- четырех- пятиразовое питание. Объем одной порции не должен превышать 250 мл. Исключить из рациона жареные, копченные и жирные блюда.

Литература

1. Гальперин Э.И., Волкова Н.В.Заболевания желчных путей после холецистэктомии. “Медицина”.М.,1988

. Тальман И. М.Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз. Л., 1963, cтр. 377 - 402.

. Альбицкий В.Б. //Хирургические болезни (клинические лекции для субординаторов) в двух томах. 1993 г.

. Пенин В.А., Писаревский Г.Н.// Проблемы диагностики острого панкреатита. Хирургия № 12 - 1993 - с 62-66.

. Молитвословов А.Б., Кадощук Ю.Т., Гассе М.В.// Современные принципы консервативного лечения острого панкреатита. Хирургия № 6 - 1996 - -