***I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.***

1. ***Ф.И.О.***

***2.Возраст***

49лет

***3. Пол.***

женский

##### 4.Профессия

###### 5.Домашний адрес

###### 6.Время поступления в клинику

25.05.99.

###### 7.Диагноз при поступлении

Хронический панкреатит, болевая форма.

###### 8.Клинический диагноз

Хронический панкреатит, непрерывно рецидивирующее течение. Болевая форма. С нарушением внешнесекреторной функции. Стадия обострения.

***9. Сопутствующий диагноз***

Гипотоническая болезнь.

***II. ДАННЫЕ СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

***Жалобы:***

На обильную постоянную саливацию. 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 больная 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, сухость кожи, ломкость волос и ногтей. Так же на раздражительность, вялость, снижение работоспособности, периодическое ощущение резкой слабости и утомляемости по утрам, нарушение сна (сонливость днём и бессонница ночью), частую головную боль, имеющую лобно-височную локализацию, тупого, пульсирующего характера, возникающую после дневного сна, физической либо умственной работы, так же при резких колебаниях атмосферного давления, но может возникать и без видимой причины. На периодические головокружения.

***Anamnesis morbi:***

Считает себя больной приблизительно с 1992 года, когда после приёма жирной, жареной, острой пищи, алкогольных напитков, в небольших количествах, стала ощущать тошноту, усиленное слюноотделение, тяжесть в эпигастрии, иногда болезненные неинтенсивные ощущения. В январе 1998 года, появились резкие боли в верхней половине живота, приступообразного характера, сопровождающиеся рвотой, расстройством стула, повышением температуры. Обратилась в ККБ, где находилась на лечении в условиях ГЭТО по поводу обострения хронического панкреатита. Выписалась с положительной динамикой (боли купировались, температура нормализовалась). В декабре 1998 года отмечала ухудшение в виде дискомфорта в эпигастрии, диспепсических явлений (тошноты, усиленного слюноотделения, расстройства стула, снижения аппетита, отвращения к жирному), болевых ощущений в правом подреберье, эпигастрии, имеющих постоянный, неинтенсивный характер. Амбулаторно проводилась инфузионная терапия. Состояние улучшилось. Через месяц опять появилось подташнивание, появляющееся после приёма жирной, жареной, острой пищи, неинтенсивная, постоянная боль в эпигастрии. В последних числах апреля 1999 года подташнивание приобрело постоянный, тягостный характер, присоединилась усиленная саливация, отрыжка, боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии приобрели более интенсивный характер, резко снизился аппетит. Обратилась в ККБ, где были проведены анализы крови и мочи, в которых обнаружилась амилаземия, амилазурия (амилаза крови = 64 ед, диастаза мочи = 512). Госпитализирована в ККБ, в ГЭТО.

***Anamnesis vitae:***

Родилась в срок, от второй нормально протекавшей беременности. Роды физиологичные. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Успешно закончила среднюю школу и медицинское училище. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, часто болела ОРЗ.

В настоящий момент у больной менопауза. Menses с 14 лет, цикл регулярный. Беременности три, двое родов. Роды в срок, без особенностей. Дети здоровые.

Гемотрансфузий не производилось.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Вредных привычек не имеет.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, опухоли, малярию у себя и родственников отрицает.

***III. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.***

***Общий осмотр.***

Состояние больной средней тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное, пониженного питания. ЧДД 16 в мин. Ps 80 в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70. Рост 165 см, вес 48 кг. Кожные покровы чистые, матового цвета, на ощупь сухие. Тургор кожи снижен. Кровоизлияний на коже и слизистых оболочках нет.

Язык влажный, «отёчный», обложен белым налётом. Живот *при пальпации* мягкий болезненный в правом подреберье, эпигастрии. Пульсация брюшного отдела аорты хорошая. Печень и селезёнка не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отёков нет. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, безболезненны, мягко-эластической консистенции, между собой и окружающими тканями не спаяны. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

***Сердечно-сосудистая система.***

Выпячивания и пульсации сонных артерий нет. *Пальпаторно* верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, невысокий, умеренной силы. Сердечный толчок не определяется. *При пальпации* лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный равномерный, ритмичный, частота 80 в минуту, нормального напряжения.

*При перкуссии* границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Граница*** | ***Относительная тупость*** | ***Абсолютная тупость*** |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого  края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | Верхний край III ребра | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

Поперечник сердца - 11 см.

***Аускультативно.*** Тоны сердца ясные, чистые во всех точках выслушивания.

Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка I тон громче II, над аортой и лёгочной артерией II тон громче I. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

АД – 115/70мм.рт.ст.

***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный. ЧДД 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет, при пальпации безболезненна.

ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ – над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочный звук.

ПРИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ

**Нижние границы лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Линии*** | ***Справа*** | ***Слева*** |
| Парастенальная | V межреберье | V межреберье |
| Срединно-ключичная | VI ребро | 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 | |

**Подвижность нижнего лёгочного края:**

По задним подмышечным линиям – 7см с обеих сторон

**Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого:**

***Спереди –*** на 3 см выше ключиц

***Сзади –*** на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

**Поля Кренига –** 6 см с обеих сторон.

АУСКУЛЬТАТИВНО – над лёгкими с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

***Пищеварительная система.***

Язык влажный, «отёчный», обложен белым налётом. Зев нормальной окраски. Форма живота обычная. Видимая перистальтика отсутствует.

***При поверхностной пальпации*** живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Чухриенко, Махова, Раздольского, Кёрте, Холстеда, 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.

Селезёнка не пальпируется. Размеры селезёнки по Курлову 7х6см.

***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости не выявлено. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания положителен с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Дизурических расстройств нет.

***Эндокринная система.***

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

Первичной патологии со стороны ***нервной системы и органов чувств*** не выявлено.

***IV. СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ.***

|  |  |
| --- | --- |
| СИМПТОМЫ | СИНДРОМЫ |
| 1. Боль, носящая постоянный характер, локализующаяся в правом подреберье и эпигастрии. 2. Положительные симптомы: Чухриенко, Махова, Раздольского, Кёрте, Холстеда, френикус-симптом справа 3. поколачивание сзади слева вдоль длинной оси железы приводит к усилению болей, имеется болезненность при пальпации в холедохопанкреатической зоне Шоффара. 4. Повышенная саливация 5. Тошнота, рвота 6. Отвращение к жирному 7. Отрыжка 8. Метеоризм 9. Урчание в животе 10. Чередование запоров и поносов 11. Изменение характера стула 12. Значительное снижение аппетита 13. Чувство быстрого насыщения 14. дефицит массы тела 15. панкреатическая гиперферментемия и гиперамилазурия 16. снижение тургора кожи 17. сухость кожи, ломкость волос, ногтей 18. быстрая утомляемость 19. общая слабость 20. раздражительность | 1. болевой (1, 2, 3) 2. диспепсический (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) 3. нарушения внешней секреции (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17) 4. интоксикационный (12, 18, 19) 5. астенический (12, 14, 18, 19, 20) 6. воспалительный (1, 2, 3, 15) |

***V. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.***

На основании жалоб больной: на обильную постоянную саливацию. 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 больная 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, сухость кожи, ломкость волос и ногтей. На раздражительность, вялость, общую слабость, утомляемость); анамнеза заболевания: болеет приблизительно с 1992 года, когда после приёма жирной, жареной, острой пищи, алкогольных напитков, в небольших количествах, стала ощущать тошноту, усиленное слюноотделение, тяжесть в эпигастрии, иногда болезненные неинтенсивные ощущения. В январе 1998 года, появились резкие боли в верхней половине живота, приступообразного характера, сопровождающиеся рвотой, расстройством стула, повышением температуры. Обратилась в ККБ, где находилась на лечении в условиях ГЭТО по поводу обострения хронического панкреатита. Выписалась с положительной динамикой (боли купировались, температура нормализовалась). В декабре 1998 года отмечала ухудшение в виде дискомфорта в эпигастрии, диспепсических явлений (тошноты, усиленного слюноотделения, расстройства стула, снижения аппетита, отвращения к жирному), болевых ощущений в правом подреберье, эпигастрии, имеющих постоянный, неинтенсивный характер. Амбулаторно проводилась инфузионная терапия. Состояние улучшилось. Через месяц опять появилось подташнивание, появляющееся после приёма жирной, жареной, острой пищи, неинтенсивная, постоянная боль в эпигастрии. В последних числах апреля 1999 года подташнивание приобрело постоянный, тягостный характер, присоединилась усиленная саливация, отрыжка, боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии приобрели более интенсивный характер, резко снизился аппетит. Обратилась в ККБ, где были проведены анализы крови и мочи, в которых обнаружилась амилаземия, амилазурия (амилаза крови = 64 ед, диастаза мочи = 512). Госпитализирована в ККБ, в ГЭТО; результатов объективного исследования: положительные симптомы Чухриенко, Махова, 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.

***VI. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.***

**1. Лабораторно-клинические исследования:**

1. Общий анализ крови (для выявления острофазовых показателей, характерно увеличение СОЭ, нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле)
2. Белок и белковые фракции (для определения острофазовых показателей: СРБ, α2-глобулинов)
3. Амилаза и изоферменты, липаза в крови и моче, трипсин (для выявления гиперферментемии, повышения активности панкреатических ферментов в крови и моче).
4. АлАт, АсАт, общий билирубин, щелочная фосфотаза

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

1. Глюкоза, толерантность к глюкозе (для определения нарушения внутрисекреторной функции и как следствия нарушения углеводного обмена).
2. Тимоловая проба
3. Формоловая проба
4. Копрограмма (для определения снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы: подтверждение этому стеаторея, креаторея).
5. Исследование свёртывающей системы крови.
6. Содержание мочевины в крови
7. Содержание креатинина
8. Hbs Ag
9. Общий анализ мочи
10. Кровь на МОР

**2. Функционально-инструментальные методы:**

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

***Данные дополнительного исследования.***

* **Общий анализ крови** 26. 05. 99.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | **4.5х1012 /л** |
| **Гемоглобин** | **151 г/л** |
| **Цветной показатель** | 1,0 |
| **Тромбоциты** | **300000 тыс. в 1 мкл крови.** |
| **Лейкоциты** | **5,0 х 109 /л** |
| **Базофилы** | **3%** |
| **Эозинофилы** | **5 %** |
| **Нейтрофилы: Миелоц.** | **---** |
| **Юные** | * **1%** |
| **Палочкоядерные** | * **5%** |
| **Сегментоядерные** | **53 %** |
| **Лимфоциты** | **29 %** |
| **Моноциты** | **4 %** |
| **СОЭ** | * **25 мм/час** |

Общий анализ крови показывает умеренное увеличение острофазовых показателей: СОЭ = 25мм/час при норме для женщин 2 – 15 мм/час, так же имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что выражается в некотором возрастании палочкоядерных, юных.

* **Белок и белковые фракции 26. 05. 99*.***

Содержание общего белка –СИ = 7г %(N=6,5-8,5г %)

Альбумин сыворотки и плазмы –СИ = 4,5г % (N=3,5-5,5г %)

α1 – глобулин 0,4г % (N=0,4г%)

* α2 – глобулин 0,8г % увеличено количество α2 – глобулинов

(N=0,6г %) ⇒ так же увеличение острофазовых показателей.

* - глобулинов 0,9г % (N=0,9г%)
* - **γ**глобулинов 1,9г % - несколько увеличены (N=1,5г %)

фибриногена 4г % (N=2-4г %)

СРБ – (++) – появление СРБ – белка острой фазы.

* **Амилаза и изоферменты, липаза, трипсин в крови и моче, трипсин.**

***27.05.99.***

Активность амилаза сыворотки – 220 г/ час/ л(N=12-32г/час/л)

Активность амилаза мочи –261 г/л /час(N=20-160г/л/час)

В сыворотке крови увеличена II-фракция изоферментов – 75%(N=55±9%)

Липаза сыворотки крови – 480 ЕД/л.(N = 0-160ЕД/л)

Трипсин – 120мкг/л(N=10-60)

* значительно повышенно содержание в крови и моче ферментов поджелудочной железы, что подтверждает обострение хронического панкреатита.

***27.05. 99.***

* **Щелочная фосфотаза** = 2,4 ммоль/час/л. (N=1-3ммоль/час/л)

***26.05.99.***

* **ОАМ**

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок нет

сахар нет

**Микроскопия осадка.**

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2
3. Лейкоциты 2-3-3
4. Эритроциты 0-1-0
5. Слизь +
6. Бактерин +

***27.05.99.***

* **Кровь на МОР** – отриц.

**27.05.99.**

* **Hbs Ag** – не обнаружен.

**28.05.99.**

* **Тимоловая проба** – 205 ед. (N= 3-30ед)

**28.05.99.**

* **Формоловая проба** – отриц.(N=отриц.)

***31.05.99.***

* **Активность амилазы**

сыворотки – 246г/час/л.

мочи – 213г/л/час.

**26.05.99.**

* **Анализ кала**

Консистенция – мягкая

Форма – неоформленный

Запах – специфический

Цвет – тёмно-коричневый

Остатки не6переваренной пищи – отсутствуют

Химическое исследование.

Реакция на скрытую кровь – положит.

Микроскопическое исследование.

Мышечные волокна с исчерченностью – ед.

без исчерченности – ед.

Жир нейтральный – в небольшом количестве

Жирные кислоты – отр.

Мыла – умеренно

Растительная клетчатка переваренная – в небольшом количестве.

Крахмал – отр.

Йодофильная флора – отр.

Слизь – отр.

Эпителий – отр.

Лейкоциты 2 – 4 – 1 в п./з

**27.05.99.**

* **АлАт, АсАт** – 35 ед., 30 ед. (N=до 40 ед.).

**27.05.99.**

* **Общий билирубин** - 5,8 мкмоль/л (N=8,55-20,6мкмоль/л)

**27.05.99.**

* **глюкоза=**5,1 ммоль/л(N=3,33-5,5ммоль/л)

**28.05.99.**

* **исследование свёртывающей системы крови**

толерантность плазмы к гепарину – 7мин

рекальцинация плазмы – 15''W16''

протромбиновое время – 105''

степень тромботеста – 4 степень

фибринолитическая активность – 3 часа

общий фибриноген –2,6 г/л

фибриноген ''В'' – отриц.

**31.05.99.**

* **Содержание мочевины** – 4,3ммоль/л(N=2,5-8,2ммоль/л)

**31.05.99.**

* **Содержание креатинина** – 0,093ммоль/л (N=0,044-0,088 ммоль/л)

**4.06.99.**

* **Активность амилазы**

Сыворотки – 114г/час/л

Мочи – 118г/л /час

**Функционально-инструментальные методы:**

* **УЗИ:**

**27.05.99.**

**Печень:** средних размеров **-** эхоструктуры, контуры ровные, края острые, паренхима однородная. Воротная вена и холедох не расширены.

Ложе желчного пузыря – б/о

Поджелудочная железа – 19х17х29

Повышенной эхогенности, диффузно неоднородной эхоструктуры, контуры ровные, нечёткие. Вирсунгов проток не визуализируется.

Селезёнка б/о

Почки: расположены обычно, средних размеров, соотношение паренхимы к синусу правильное. Нарушений моче оттока не выявлено.

Заключение: УЗИ – признаки диффузных изменений поджелудочной железы.

**28.05.99.**

* **ЭКГ:** ритм синусовый, 80 уд. в мин., нормальное положение электрической оси.

***VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.***

На основании данных предварительного диагноза и данных дополнительного обследования (активность амилазы, липазы, трипсина значительно повышена в крови, так же значительно повышена активность амилазы, в моче; появление острофазовых показателей: СРБ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение α2-глобулинов; в результате анализа кала обнаружена стеаторея, креаторея; заключение УЗИ: УЗИ – признаки диффузных изменений поджелудочной железы) можно поставить окончательный диагноз: **хронический непрерывно-рецидивирующий панкреатит с нарушением внешней секреции. Болевая форма. Стадия обострения.**

***VIII. Лечение.***

* **Стол № 5** его цель химическое и механическое щажение (исключается острое, жареное, бульоны, ограничение поваренной соли, ограничиваются жиры; исключается грубая клетчатка).
* Церукал устраняют **дискинезию панкреатических прото­ков, обладают противорвотным действием.**

Церукал по 1 т х 3 раза в день

* **Заместительная терапия:** заместительная терапия препаратами, содержащими ферменты поджелудочной железы, назначается больным хроническим панкреатитом, который протекает с клиническими признаками внешнесекреторной недостаточности, особенно при явлениях мальдигестии, мальабсорбции и стеатореи. В этой ситуации, как правило, стимулирующая внешнесекреторную функцию поджелудочной железы терапия неэффективна.

Дигестал по 1 т х 3 раза в день

*Дигестал —* в 1 драже содержится панкреатина — 200 мг, экстракта желчи крупного рогатого скота — 25 мг, гемицеллюлазы — 50 мг. Препарат оказывает действие, подобное фесталу, назначается по 1-2 драже 3 раза в день во время или после еды.

* **Подавление активности ферментов поджелудочной железы:** *Калликреин-протеазные ингибиторы* инактивируют циркулирующий в крови трипсин, устраняют токсемию, блокируют свободные кинины и тем самым предупреждают прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в поджелудочной железе.

Контрикал 10000 ЕД на физ растворе 200 мл в/в капельно N5 ежедневно

* **Для компенсации электролитных нарушений** используются солевые растворы:

*"Дисоль"* (натрия хлорида — 6 г, натрия ацетата — 2 г, воды для инъ­екций — до 1 л);

Дисоль 400 мл в/в капельно ежедневно

* **Для борьбы с интоксикацией** применяют также внутривенное капель­ное вливание 5% раствора глюкозы. Эти же мероприятия помогают справиться и с де­гидратацией. Для стимуляции репаративных процессов в поджелудочной железе *Рибоксин —* препарат гипоксантин-рибозида, является предшествен­ником АТФ, стимулирует синтез нуклеотидов. *Пирацетам –* положительное влияние на обменные процессы, стимулирует о-в процессы, усиливает утилизацию глюкозы, улучшает регионарный кровоток в ишемизированных участках мозга, повышение устойчивости тканей мозга при гипоксии и токсических воздействиях.

Sol. Glucosae 5% - 200 ml

Инсулин 2 ед

Ac. Ascorbinici 5% - 3,0

Рибоксин 5,0

Пирацетам 10,0

В/в капельно N 10

* **Периферические М-халинолитики:** для **купирования боли** при обострении хронического панкреатита используют препараты, обладающие спазмолитической активностью, ликвидирующие спазм сфинктера Одди, восстанавливающие отток панкреатического сока, уменьшающие внугриорганное давление.

Платифиллин по 2 мл х 2 раза в/м

Гастроцепин 0,25 по 1т х 2 раза

Периферические М-холинолитики блокируют окончания постганглионарных холинергических нервов, которые становятся нечувствительны к действию ацетилхолина. Это приводит к снижению секреции желудка, внешней секреции поджелудочной железы, тонуса гладкой мускулатуры, спазмолитическому эффекту.

*Платифиллин* по сравнению с атропином обладает меньшей эффек­тивностью, но у него спазмолитическое действие преобладает над холинолитическим, поэтому на желудочную секрецию поджелудочной железы он почти не оказывает влияния.

*Гастроцепин* является селективным в отношении органов пищеваре­ния М-холинолитиком, который действует преимущественно на мускариновые рецепторы и отличается тем, что практически лишен побоч­ных действий. Избирательно угнетает секрецию желудком соляной кислоты и пепсина.

* Актовегин: активное в-во – депротеинизированный гемодериват из телячей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых к-т.

Актовегин активирует клеточный метаболизм. При условиях, ограничивающих нормальные функции энергетического метаболизма и при повышенном потреблении энергии (заживление, регенерация)стимулирует энергетические процессы функционального метаболизма и анаболизма. Вторичным эффектом является усиление кровоснабжения.

Актовегин 2,0 в/м днём N 10

***IX. ДНЕВНИК.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.06.99.**  **t 36,8оС**  **АД110/65мм. рт.ст**  **Рs 75 УД/МИН.**  **ЧДД 16 в /** | Состояние удовлетворительное. Отмечает положительную динамику в лечение: боли в верхней половине живота не беспокоят.  **Жалобы на:** на повышенную саливацию, подташнивание, чувство тяжести в эпигастрии. Общую слабость, раздражительность. Метеоризм, урчание в животе. Язык влажный, умеренно обложен. При пальпации живот мягкий, безболезненный.  Стул был после очистительной клизмы.  **В лёгких** – дыхание везикулярное.  **Сердце** – тоны громкие ритмичные.  Диурез без патологии.  **.** | **Лечение:**   * Стол № 5 * Дигестал по 1тх3раза в день * Церукал по 1тх3раза в день * Гастроцепин по 1тх2раза * Контрикал 10000 ЕД на физ растворе 200 мл в/в капельно N 5 ежедневно * Дисоль 400мл в/в капельно * Платифиллин 2мл х 2раза в/м * Актовегин 2,0 в/м днём N 10 * Sol. Glucosae 5% - 200 ml   Инсулин 2 ед  Ac. Ascorbinici 5% - 3,0  Рибоксин 5,0  Пирацетам 10,0  В/в капельно N 10 |
| **3.06.99.**  **t 36,7оС**  **АД130/75мм.ртст**  **Рs 65 в /**  **ЧДД 16 в /** | Состояние больной удовлетворительное. Язык влажный у корня обложен белым налётом.  **Жалобы на:** саливацию, подташнивание, ощущение тяжести в эпигастрии.  Общую слабость, быструю утомляемость.  Аппетит нормальный.  Стул был, полуоформленный.  **В лёгких** - везикулярное дыхание, хрипов нет.  **Сердце** - тоны громкие, ритмичные.  Диурез без патологии. | **Лечение:**   * Стол № 5 * Дигестал по 1тх3раза в день * Церукал по 1тх3раза в день * Гастроцепин по 1тх2раза * Контрикал 10000 ЕД на физ растворе 200 мл в/в капельно N 5 ежедневно * Дисоль 400мл в/в капельно * Платифиллин 2мл х 2раза в/м * Актовегин 2,0 в/м днём N 10 * Sol. Glucosae 5% - 200 ml   Инсулин 2 ед  Ac. Ascorbinici 5% - 3,0  Рибоксин 5,0  Пирацетам 10,0  В/в капельно N 10 |
| **7.06.99.**  **t 36,6оС**  **АД130/80 м.рт.ст.**  **Рs 80 в /**  **ЧДД 16 в /** | Состояние больной удовлетворительное. Язык влажный, умеренно обложен. Кожа и слизистые чистые.  **Жалобы на:** саливацию, подташнивание. Ощущение тяжести в эпигастрии прошло. Общую слабость.  Аппетит хороший.  **В лёгких -** везикулярное дыхание, хрипов нет.  **Сердце -** тоны громкие, ритмичные.  Стул регулярно полуоформленный.  Диурез в норме. | **Лечение:**   * Стол № 5 * Дигестал по 1тх3раза в день * Церукал по 1тх3раза в день * Гастроцепин по 1тх2раза * Контрикал 10000 ЕД на физ растворе 200 мл в/в капельно N 5 ежедневно * Дисоль 400мл в/в капельно * Платифиллин 2мл х 2раза в/м * Актовегин 2,0 в/м днём N 10 * Sol. Glucosae 5% - 200 ml   Инсулин 2 ед  Ac. Ascorbinici 5% - 3,0  Рибоксин 5,0  Пирацетам 10,0  В/в капельно N 10 |

***X. ЭПИКРИЗ.***

Больная ФИО, 49 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение ККБ 25.05.99. с жалобами на обильную саливацию, подташнивание, несколько усиливающееся после приёма жирной, жаренной, острой пищи, 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; 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, сухость кожи, ломкость волос и ногтей; раздражительность, вялость, снижение работоспособности, общую слабость. На основании жалоб больной, анамнеза заболевания из которого известно, что болеет приблизительно с 1992 года, когда после приёма жирной, жареной, острой пищи, алкогольных напитков, в небольших количествах, стала ощущать тошноту, усиленное слюноотделение, тяжесть в эпигастрии, иногда болезненные неинтенсивные ощущения. В январе 1998 года, появились резкие боли в верхней половине живота, приступообразного характера, сопровождающиеся рвотой, расстройством стула, повышением температуры. Обратилась в ККБ, где находилась на лечении в условиях ГЭТО по поводу обострения хронического панкреатита. Выписалась с положительной динамикой (боли купировались, температура нормализовалась). В декабре 1998 года отмечала ухудшение в виде дискомфорта в эпигастрии, диспепсических явлений (тошноты, усиленного слюноотделения, расстройства стула, снижения аппетита, отвращения к жирному), болевых ощущений в правом подреберье, эпигастрии, имеющих постоянный, неинтенсивный характер. Амбулаторно проводилась инфузионная терапия. Состояние улучшилось. Через месяц опять появилось подташнивание, появляющееся после приёма жирной, жареной, острой пищи, неинтенсивная, постоянная боль в эпигастрии. В последних числах апреля 1999 года подташнивание приобрело постоянный, тягостный характер, присоединилась усиленная саливация, отрыжка, боли, локализующиеся в правом подреберье и эпигастрии приобрели более интенсивный характер, резко снизился аппетит. Обратилась в ККБ, где были проведены анализы крови и мочи, в которых обнаружилась амилаземия, амилазурия (амилаза крови = 64 ед, диастаза мочи = 512). Госпитализирована в ККБ, в ГЭТО; лабораторно-инструментального исследования:

Активность амилаза сыворотки – 220 г/ час/ л(N=12-32г/час/л)

Активность амилаза мочи –261 г/л /час(N=20-160г/л/час)

Липаза сыворотки крови – 480 ЕД/л.(N = 0-160ЕД/л)

Трипсин – 120мкг/л(N=10-60)

* значительно повышена активность в крови и моче ферментов поджелудочной железы, что подтверждает обострение хронического панкреатита;

исследование кала выявило стеаторею, креаторею;

**УЗИ:**

Заключение: УЗИ – признаки диффузных изменений поджелудочной железы.

Был поставлен **окончательный диагноз**: *хронический непрерывно-рецидивирующий панкреатит с нарушением внешней секреции. Болевая форма. Стадия обострения*. Назначено лечение: Стол № 5; Дигестал по 1тх3раза в день; Церукал по 1тх3раза в день; Гастроцепин по 1тх2раза; Контрикал 10000 ЕД на физ растворе 200 мл в/в капельно N 5 ежедневно; Дисоль 400мл в/в капельно; Платифиллин 2мл х 2раза в/м; Актовегин 2,0 в/м днём N 10; Sol. Glucosae 5% - 200 ml, Инсулин 2 ед, Ac. Ascorbinici 5% - 3,0, Рибоксин 5,0, Пирацетам 10,0, В/в капельно N 10

Под влиянием проводимой терапии в течение заболевания наблюдалась явная положительная динамика: появился аппетит, исчезла слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, стул стал регулярным, в первые дни лечения боли в верхней половине живота были умеренными, а затем прошли, прекратился метеоризм, урчание.

**ПРОГНОЗ**. При соблюдении диеты, проведении противорецидивного лечения прогноз может быть благоприятным. Однако при длительном течении болезни трудоспособность больных снижается.

**РЕКОМЕНДОВАНО:**

1. полный отказ от алкоголя
2. своевременное лечение заболеваний желчных путей
3. своевременное лечение заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника
4. правильное питание (исключение грубых животных жиров, острых приправ).

***XI. Использованная литература.***

**1.Комаров Ф.И.**

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

М. Медицина 1991 г.

**2.Маколкин В. И.**

**Овчаренко С. И.**

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

М. Медицина 1994 г.

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **акад. Петровский Б.В.**

**БМЭ**

М. Советская Энциклопедия 1978 г. том VIII

1. **Кукес В.Г.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г. стр. . 131-134 , 380-383

1. **Справочник ВИДАЛЬ** АОЗТ М. АстраФармСервис 1996 г.