**Паспортная часть**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 18.03.13

Возраст: 54 года

Профессия: электрик

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Хронический панкреатит. Обострение.

Клинический диагноз: Хронический панкреатит. Обострение.

**Жалобы**

На момент курации пациент предъявляет жалобы на ноющие длительные боли в эпигастральной области и в левом подреберье после приема пищи.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие длительные боли а эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Начало заболевания связывает с приёмом жирной пищи и алкоголя. Проходил лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ после чего отмечал улучшение. Начало настоящего заболевания отмечает 4.03.13, когда снова начали беспокоить ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи. Начало заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя. За помощью в течение двух недель не обращался, принимал обезболивающие препараты. Улучшение состояния не отмечалось, обратился в поликлинику откуда был направлен на прохождение лечения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anamnesis vitae**

Родился 6.09.1959г. в г.Витебске . В детстве в развитии не отставал от сверстников. Особенностей дошкольного и школьного периода жизни больной не отмечает. Рос и развивался нормально. Жилищные условия оценивает как удовлетворительные. Качество и характер питания удовлетворительные. Алкоголь употребляет один раз в неделю. Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает. Наличие болезни Боткина, венерических заболеваний, туберкулеза, онкозаболеваний у себя и ближайших родственников отрицает. Перенесенные заболевания: простудные, бронхит, пневмония. Переливаний крови не было. В 1969г перенес операцию по поводу паховой грыжи.

**Status presens communis**

Сознание ясное, положение активное, состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое.

**Кожные покровы.**

Кожа: Бледно-розового цвета, сухая. Патологических изменений, пигментации, сыпи, сосудистые звездочки, шелушения, кровоизлияния не найдены. Кожа средней эластичности, пальпаторно безболезненная. Коньюктивы и слизистые оболочки полости рта розовые и чистые.

**Лимфатическая система.**

При исследовании подчелюстные лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные; подмышечные лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные; паховые лимфоузлы подвижные, мелкие, мягкие, эластичные, безболезненные.

**Костно-мышечная система**

Мышцы развиты симметрично, тонус достаточный.

Уплотнений не обнаружено. Ощупывание и покалачивание болезненности не вызывает.

Суставы конечностей не утолщены. Имеют свойственную ему конфигурацию. При движении бесшумные.

**Дыхательная система.**

Дыхание через нос свободное, носовых кровотечений нет, голос ясный, громкий. Слизистые оболочки рта, носы чистые и розовые.

Частота дыхательных движений 19 в мин. Грудная клетка имеет коническую форму, грубых деформаций костей при осмотре не выявлено. Ключицы и лопатки симметрично расположены. Ритм правильный, глубина дыхания в пределах нормы. Западений межреберных мышц отсутствует.

При пальпации грудная клетка безболезненна.

*Топографическая перкуссия:*

Выстояние верхушек легких над грудиной - слева и справа по 3 см.

Верхняя граница легких сзади по отношению их положения к остистому отростку VII шейного позвонка справа и слева - на уровне остистого отростка С VII.

Ширина полей Кренига 6 см.

Нижняя граница легких:

Правое легкое:

Окологрудинная -V междеберье

Среднеключичная - VI ребро

Перед. подмышеч. - VII ребро

Средн. подмышеч. - VIII ребро

Задняя подмышеч. - IX ребро

Лопаточная - X ребро

Околопозвоночн. - оститс. отросток XI груд.позвонка

Левое легкое:

Передняя подмышеч. - VII ребро

Cредняя подмышеч. - VIII ребро

Задняя подмышеч. - IX ребро

Лопаточная линия - X ребро

Околопозвоночная - остистый отросток XI грудного позвонка

Подвижность нижнего края легких:

среднеключичная: правое - 5, левое ---

среднеподмышечная: правое - 7, левое - 7

лопаточная: правое-6, левое - 6

Данные аускультации:

Дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Бронхофония одинаковая на симметричных участках.

**Сердечно–сосудистая система.**

Границы сердца без изменений. Сердечного горба нет. Верхушечный толчек пальпируется в V межреберье на 1,5 см. от среднеключичной линии кнутри.

Границы относительной сердечной тупости:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая - 2 см кнутри от левой средне-ключичной линии (совпадают с верхушечным

толчком);

верхняя - III межреберье

Границы сосудистого пучка не выходят за края грудины

Границы абсолютной сердечной тупости:

- правая - по левому краю грудины

- верхняя - IV межреберье

- левая - 1см кнутри от левой границы относительно сердечной тупости.

Аускультация сердца:

Тоны сердца звучные. II тон на аорте и легочной артерии одинаковой громкости.

Ритм тонов правильный. Число сердечных сокращений – 83 уд/мин, хорошего наполнения, ритмичные.

Артериальное давление 140/80 мм.рт.ст., одинаковое на обеих

руках.

**Исследование сосудов.**

Осмотр сосудов шеи: сосуды не изменены, пульсации сонных артерий нет, вены не набухшие.

Осмотр периферических сосудов: видимых пульсаций артерий, надчревной пульсации нет.

Пальпаторно: пульс одинаково прощупывается на лучевой, сонной. Пульс ритмичный, напряженный, равномерный. Частота пульса 83 уд/мин. АД – 140/80 мм рт.ст., одинаковое на обеих руках.

Осмотр и ощупывание вен: пульсации вен нет, расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей нет. Уплотнения и болезненности при пальпации не выявляются.

**Система пищеварения.**

Органы брюшной полости:

Язык суховат, обложен у корня. Сосочки сохранены. Зубы здоровые, зев чистый розовый. Живот увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, симметричен. При пальпации отмечено напряженность мышц, передней брюшной стенки справо болезненность в правом подреберье и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ситковского слабоположительный.

Край печени не выходит за край реберной дуги. Мягкий, ровный, эластичный.

Селезенка не пальпируется. Перкуторный звук над областью живота тимпанический.

Размеры печени по Курлову М.Г. 10\*9\*8. Длинник селезенки 8 см, поперечник 6см.

**Мочеполовая система.**

Поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпация почек безболезнена. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Нервная система.**

Острота зрения: двоения в глазах нет, реакция зрачков на свет прямая и содружественная не изменена, носогубные складки симметричны. Дисфагии нет. Роговичный, глоточный рефлексы положительны, сухожильные рефлексы (коленный, ахиллов) положительны. Патологических знаков нет. Речь членораздельная, дизартрии нет. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую пробу выполняет точно обеими руками.

**Дополнительные методы обследования.**

ОАК от 18.03.2013:

эритроциты 4,78\*1012/л

гемоглобин 144 г/л

лейкоциты 6,6 \*109 г/л (Э-6, П-6, С-64, Л-23, М-5)

тромбоциты 253\*109 г/л

СОЭ 25 мм/ч

ЦП=0.9

ОАМ от 18.03.2013.

цвет желтый

прозрачность полная

рН 1016

белок 0,039

сахар нет

эпителий 1-2 в поле зрения

эритроциты-1 в поле зрения

лейкоциты – 1 в поле зрения

БАК от 18.03.13

Мочевина 5,7 ммоль/л

общий белок 70 г/л

холестерин 5,2ммоль/л

креатинин 88

**Данные инструментальных методов обследования.**

ЭКГ от 18.03.13г.: (заключение) ритм синусовый правильный, аритмий, экстрасистолий нет.

ФГС: от процедуры отказался

УЗИ от 18.03.13г.: Диффузные изменения в печени,диффузные изменения в поджелудочной железе.

**Заключительный клинический диагноз:**

На основании жалоб больного(на ноющие длительные боли в эпигастральной области и в левом подреберье после приема пищи), anamnesis morbi(Считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие длительные боли а эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Начало заболевания связывает с приёмом жирной пищи и алкоголя. Проходил лечение в ВГЦКБ №2 после чего отмечал улучшение. Начало настоящего заболевания отмечает 4.03.13, когда снова начали беспокоить ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи. Начало заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя. За помощью в течение двух недель не обращался, принимал обезболивающие препараты. Улучшение состояния не отмечалось, обратился в поликлинику откуда был направлен на прохождение лечения в ВГЦКБ №2), данных объективного обследования (язык обложен у корня, суховат, слабоположительный симптом Ситковского), из дополнительных методов (УЗИ: диффузные изменения в печени, диффузные изменения в поджелудочной железе) поставлен клинический диагноз: хронический панкреатит, стадия обострения.

**Лечение**

Sol. Papavereni 2% 2,0 3 раза в день

Sol.Glucosae+insulini 5%, 800,0+ sol. Ringer 800,0+ sol. NaCl 0.9-400.0 в/в капельно

Ovamini 5.0 в/в

Cefozalini 1.0 – 3 раза в день

Pentoxifillini 5 mg в/в

Lizinoprili 1 tab 1 раз в день

Aspicard 0.075 1 tab в день

**Дневник**

27.03.13.г

Больной предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы чистые, влажные, без изменений.

Дыхание везикулярное, ЧД 19 в мин.

АД: 140/80

PS : 84

28.03.13г.

Больной предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы чистые, влажные, без изменений.

Дыхание везикулярное, ЧД 19 в мин.

АД: 150/80

PS : 80

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1959 г.р. госпитализирован в хирургическое отделение 18.03.13 ,с жалобами на ноющие длительные боли в эпигастральной области и в левом подреберье после приема пищи.

На основании жалоб больного(на ноющие длительные боли в эпигастральной области и в левом подреберье после приема пищи), anamnesis morbi(Считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие длительные боли а эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Начало заболевания связывает с приёмом жирной пищи и алкоголя. Проходил лечение в ВГЦКБ №2 после чего отмечал улучшение. Начало настоящего заболевания отмечает 4.03.13, когда снова начали беспокоить ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи. Начало заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя. За помощью в течение двух недель не обращался, принимал обезболивающие препараты. Улучшение состояния не отмечалось, обратился в поликлинику откуда был направлен на прохождение лечения в ВГЦКБ №2), данных объективного обследования (язык обложен у корня, суховат, слабоположительный симптом Ситковского), из дополнительных методов (УЗИ: диффузные изменения в печени, диффузные изменения в поджелудочной железе) поставлен клинический диагноз: хронический панкреатит, стадия обострения.

Пациенту было назначено следующее лечение:

Sol. Papavereni 2% 2,0 3 раза в день

Sol.Glucosae+insulini 5%, 800,0+ sol. Ringer 800,0+ sol. NaCl 0.9-400.0 в/в капельно

Ovamini 5.0 в/в

Cefozalini 1.0 – 3 раза в день

Pentoxifillini 5 mg в/в

Lizinoprili 1 tab 1 раз в день

Aspicard 0.075 1 tab в день

За время пребывания в стационаре пациент отмечает незначительное улучшение своего состояния. Больной остается в стационаре.

Лечение продолжить.