**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О. больного:**

**Возраст:** 45 лет

**Адрес:**

**Пол:** Мужской

**Место работы:**

**Дата поступления:**

**Метод поступления:**

**Дата кураций:**

**ДАННЫЕ СУБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ЖАЛОБЫ**

Больной жалуется на боли в правом и в левом подреберья и в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах. Боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами, периодическая, купируется после рвоты.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ( Anamnesis morbi)**

Считает себя больным в течений неск-ко лет. С 2000 года обращался в стационар. Ездил в санаторий для профилактики и общее укрепляющее здоровья ( тогда боли были слабые редкие). В 2005 года боль возникла после работы ( физическое эмоциональное перенапряжения) , боль стала сильной режущей сжимающей( схваткообразная) периодическая. Боль проходила после рвоты. И тогда больной серьезно обратился в поликлинику№48, после проведения ЭКГ, ОАМ, ОАК, общего осмотра и осмотра живота поставили диагноз: Хрон. гастрит, хрон. холецистопанкреатит и был направлен для лечения в 21 больницу.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ(Anamnesis vitae)**

Общебиографические сведения: родился в Уфе, в благополучной семье, вторым ребенком по счету. Рос и развивался соответственно возрасту. В детстве перенес заболевание: корь, коклюш. Был в школе отличником. Семейное положение: женат 2 детей, старший сын(20)лет-язва 12 п. к. 3 раза был в больнице.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные, живет в 4-х комнатной квартире. В семье живет 6 человек, материальная обеспеченность удовлетворяет. Питание во время работы не регулярное. Режим свободного времени: сон не спокойный(нарушен) и не бывает свободно на свежем воздухе(т.е. нет прогулки), физ.культура и спортом не занимается. В данный момент: сон спокойный и бывает на свежем воздухе, питание регулярное.

Условие труда: Из перенесенных заболеваний: желтуха(1974год), гепатохолецестит(1974 или 1976год), хрон. панкреатит, аппендектомия. Вредные привычки: курение редко(особенно на работе после стрессовых состояний)-3,4 сигареты в день, в данный момент не курит.

Семейный наследственный анамнез: не отягащен. Отец здоров, а мама-туберкулез легких, а так наследственные заболевания нет.

Аллергологический анамнез: Бывает пятна на ногах(не чешущиеся) проходит через неделю-после огорода пятна появл-ся. Непереносимость пищевых продуктов, медикаментов, аллергических р-ий отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ(status praesens)**

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больного: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Походка: ровная

Осанка: прямая

Рост: 172 см.

Вес: 60кг..

Индекс Брокка: 60\*100%/172-100=83,3% (кахексия)

Индекс Пинье:172-(60+82)=30 (слабое телосложение)

Индекс Кетле: 60/(1.72)2=17.4 (кахексия)

Тип телосложения: астенический

Температура тела: 36.6

Выражение лица: спокойное

Язык: влажный, обложен белым налетом

Состояние зубов: удовлетворительное

Слизистая склер глаза, носа, рта, уха: чистые без отделяемого(без особенностей)-удовлетворительное.

Форма лица: овальное, глаза не расширены

Кожный покров: Бледно-розовый цвет.Участки пегментаций, сыпи,сосудистые звездочки, кровоизлеяния не обнаружены.

Рубцы: В правой подвздошной области послеоперационный(аппендектомий)

Тип оволосенения: по мужскому типу.

Тургор кожи: сохранен, эластичный.

Влажность кожи: сухая.

Ногти: обычной формы(розовый цвет).

Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо.

Отеки: нет.

Лимфоузлы: не увеличены

Мышечная система: Безболезненна, удовлетворительной степени развития (динамическое и статическое деиствие удовлетворительна).

Костная система: Соотношение костей скелета пропорциональна. Форма костей правильна, без утолщения,и деформаций. Болезненность при пальпаций отсутствует. Симптом «барабанных пальцев» отсутствует.

Суставы: Обычной формы и размеров. Болезненность при сгибаний локтевого сустава справа и слева в области медиального надмыщелка. Движения в полном объеме. Боль появилась после сильной физической нагрузке.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Осмотр: Нос: Обычной формы, слизистая чистая без отделяемого.

Дыхание через нос: свободное.

Голос: тихий.

Гортань: без деформаций и припухлости.

Форма гр. кл.: Астеническая, симметрична.

Над и Подключичная ямка: выражена умеренна, одинакова с обеих сторон.

Ширина межреберных промежутках: 1.5 см.

Эпигастральный угол: острый.

Ребра в боковых отделах: Умеренное косое направление.

Прилегание лопаток к гл. кл.: плотно, и располагается на одном уровне.

Экскурсия гр.кл.: 3см.

Тип дыхания: преимущественно брюшной, гр.кл. участвует в акте дыхания равномерно. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

ЧД: 18 за 1 минуту.

Дыхание: средней глубины, ритмичная.

Соотношение Фаз вдоха и выдоха: не нарушена.

Пальпация: Эпигастральный угол: острый.

Ребра: целостность не нарушена.

Резистентность(эластичность): Эластичная, упругая, податливая.

Голосовое дрожание: одинакова на семетричных участках гр.кл.

Болезненность: при ощупываний ребер, межреберных промежутках, грудных мышц не выявлена.

Перкуссия: Сравнительная: над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

Топографическая:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Верхняя граница |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | Остистый отросток 11 груд. позвонка | Остистый отросток 11 груд. позвонка |

Ширина полей кренинга: 4см. с обеих сторон.

#### Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии:7см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 5см слева не определяется

По лопаточной линий: 5см. справа и слева

Аускульптация: над легким с обеих сторон определяется визикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы и шум трения плевры не выслушивается. Бронхофония не изменена с обеих сторон.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Осмотр: Усиленная пульсация сонных артерий (пляска каротид), набухание шейных вен, видимых пульсаций вен не обнаружены.

Выпячивание области сердца, видимых пульсаций (верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация ) визуально не определяются.

Пальпация: Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линий, ширина 1 см, невысокий, умеренной силы. Феномен диастолической и систолического дрожания в перекардиальной области, эпигастральная пульсация пальпаторно не определяется. При пальпаций в области сердца- болезненность не определяется.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.- см медиальнее левой среднеключичной линии |  От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Поперечник отнсит. туп: 12см.

Ширина сосудистого пучка6 6см, 2 межреберье слева и справа.

Конфигурация сердца: нормальная.

Аскультация: Тоны: - ритмичные сердечные сокращения

* + число сердечных сокращений – 76
	+ первый тон нормальной звучности
	+ второй тон нормальной звучности
	+ дополнительные тоны не прослушиваются

Шумы: не прослушиваются , шум трения перикарда не прослушивается.

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, эластичный, частота=76 уд. В 1 мин., ритмичный, умеренного напряжения , полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 120/70 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр: полость рта: состояние зубов удовлетворительное. Десна крепкие не кровоточат. Слизистая бледно-розовая, влажная. Язык влажный, облажен белым налетом, мягкое и твердое небо бдедно-розового цвета без налетов, пятен и изъязвлений.

Миндалины не увеличены.

Живот: мягкий, болезнен в эпигастрий, в правом подреберье, в поясничной области. Не напряжен, локальных выпячивании и втяжение в области передней брюшной стенки не обнаружены. Пупок без видимых повреждений. Кожа живота бледно-розового цвета. Грыжевые выпячивания не определяются.

Перкуссия: тимпанический звук на всем протяжений. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация: Поверхностная ориентировочная пальпация: , болезнен в эпигастрий, в правом подреберье, в поясничной области. Не напряжен, локальных выпячивании и втяжение в области передней брюшной стенки не обнаружены. Грыжевые выпячивания не определяются. Симптом Щеткина-Блюмберга, Менделя- отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцово-Стажеско:- Сигмовидная кишка: болезненная, не плотной консистенций с гладкой поверхностью, урчащая, перистальтика не определяется, подвижность 3-4 см, дополнительные образования не обнаружены.

- Слепая кишка: болезненна, упругий, урчащая, подвижность 2-3 см, дополнительные образования не определяются.

- Поперечная ободочная кишка: безболезненна, не урчащая, подвижна 2-3 см , дополнительные образования не определяются.

- Червеобразный отросток: не пальпируется.

- Подвздошная кишка: безболезненная, урчащая.

- Нижняя граница желудка определена методом пальпаций по Образцову: она расположена на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линий тела. Определяется в виде валика, лежащего на позвоночнике и по бокам от него.

Правильность определения нижней границы подтвержена следующими методами: перкуссии, определения шума плеска, статоакустической пальпаций.

Аукульптация: выслушиваются слабые кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника. Шум трения кишечника не прослушивается.

**ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ**

Осмотр: Выпячивания в области правого подреберья не определяется.

Перкуссия: Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

Правая среднеключичной линий-VI ребро

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

Правая среднеключичной линий- нижний край правой реберной дуги

Передняя срединная линия- на 4 см от нижнего края мечевидного отростка

Левая реберная дуга- левая окологрудинная линия

Симптомы: Курвуазье, Захарьина-Мюси (френикус-симптом), Керра, Василенко- отрицательные.

Пальпация: Печень: нижняя граница прощупывается по правой среднеключичной линии. Край печени острый, мягкий, безболезненный, Размеры печени не увеличены.

Размеры печени по Курлову:

- по правой среднеключичной линии – 11 см.

- по передней срединной линии – 9 см.

- по левой реберной дуге – 8см.

Желчный пузырь: не прощупывается, мягкий, не выступает за границы печени, безболезненный.

Аускультация: шум трения брюшины не прослушивается.

**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

Пальпация: При пальпации болезненная, увеличения или уплотнения поджелудочной железы (умеренная в области головки поджелудочной железы).

**СЕЛЕЗЕНКА**

Осмотр: выпячивания в области левого подреберья не обнаружены.

Перкуссия: в положение лежа на правом боку селезеночная тупость определяется между IX и XI ребрами, ширина притупления-5см., длинник-6см.

Пальпация: в положение лежа на спине и на правом боку не пальпируется.

Осмотр: Поясничная область: гиперемия кожи, припухлости, сглаживания контуров не отмечается.

Надлобковая область: ограниченного выбухания не обнаружено.

Перкуссия: Поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный.

Пальпация: Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются.

Мочевой пузырь безболезненный, эластичный, пальпируется в виде мягкоэластичного шаровидного образования над лонным сочленением. Проникающая пальпация почек и мочеточников с обеих сторон безболезненна ( мочеточниковые и реберной-позвоночные точки).

**СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.**

Осмотр: Тип оволосенения по мужскому типу. Голос низкий. Грудные железы без патологических изменений (нет отеков, гиперемий, втяжений…).

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр и пальпация: Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Тремор век, языка и пальцев рук не определяются.

Форма шеи обычная, контуры ровные, при пальпаций безболезненная. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, подвижна. Ожирение нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Осмотр: Память, внимание, сон сохранены. Настроение – бодрое, аптиместическое. Ограничение двигательной активности: нет. В чувствительной сфере нет отклонений. Состояние психики- сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

* + Интеллект соответствует уровню развития.
	+ Поведение адекватное.
	+ Уравновешен, общителен.
	+ Никаких отклонений не наблюдается
	+ Двигательная сфера: Походка устойчивая,

безболезненная.

- Судороги и контрактуры мышц не определяется.

- Рефлексы: роговичный, глоточный, сухожильные - сохранены. Патологических (Бабинского и Россолимо) - отсуствовают.

- Экзофтальм и энофтальм отсутствовают.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основной диагноз:** Хрон. паренхиматозный панкреатит средней степени с секреторной недостаточностью в стадий обострения.

**Сопутствующий:** Хрон. эрозивный гастрит средней степени тяжести в стадий обострения.

На оснований: Жалоб: боли в правом и в левом подреберья и в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах. Боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами, периодическая, купируется после рвоты.

Пальпаций: При пальпации болезненная, увеличения или уплотнения поджелудочной железы (умеренная в области головки поджелудочной железы).

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Реакция Вассермана
4. ЭКГ в 12 отведениях
5. Рентгеноскопия органов грудной клетки
6. Исследование желудочного содержимого фракционным методом
7. Дуоденальное зондирование
8. Анализ кала (копрологическое, на дисбактериоз, простеишие,бактер.)
9. Диастаз мочи, амилаза крови
10. Реноскопия желудка и кишечника с прицельной рентгенографий
11. Ирригоскопия
12. Эзофагоскопия
13. Гастродуоденоскопия с биопсией
14. Ректоромаманоскопия, колоноскапия
15. Биохимия крови
16. Исследование мочи на уробилин и билирубин
17. Исследование кала на стеркобилин
18. Холецистография
19. Радиоизотопное и УЗИ-сканирования печени и селезенки, панкреас
20. Определение класса иммуноглобулинов крови
21. Исследование крови на HbS-антиген
22. КТ органов брюшной полости

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЕ МЕТОДЫ**

**ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови*:* -СОЭ = 5мм/ч

* + Эритроциты = 3.6\*(10\*12)/л
	+ Лейкоциты = 5.3\*(10\*9)/л
	+ Гемоглобин = 132г/л
	+ Цветной показатель=0.9
	+ Эозинофилы=3%
	+ Неитрофилы: палочкоядерные=3%
	+ Сегментоядерные=70%
	+ Лимфоциты=22%
	+ Моноциты=2%

Клинический анализ мочи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***7024*** | **Количество** |  | ***7033*** | **Микроскоп.** | Эп.кл 1-0-2Леик 2-0-0Соли КСI |
| ***7025*** | **Цвет** | Светло-желтый | ***7030*** | **Ацетон** |  |
|  | **Прозрачный** | Прозрачная | ***6021*** | **Диаст. М.** | Амилаза-424ед. |
|  | **Реакция** | Кислая | ***7031*** | **Биллирубин** |  |
|  | **Удел.вес** | 1012 | ***7032*** | **Уробиллин** |  |
| ***7037*** | **Белок** | Отр. | ***7036*** | **По Нечипоренко** |  |
| ***7029*** | **Сахар** |  |  |  |

PQ = 124мс

QRS = 100мс

P/QRS/T= 80/80/90 uhfl/

RR/PP= 1072/1080мс

ЧСС= 55 в минуту

Заключение: Синусовая брадикардия с ЧСС=55 уд. В .1 мин. ЭОС - вертикальна. Нарушение метаболических процессов в миокарде.

Биохимия крови

Белок 70 г/л

Серомукойды=48г/л

Креатинин= 90 г/л

Глюкоза =3.7 ммоль/л

Билирубин общий= 13.4 мкмоль/л

Холестерин=4.7 ммоль./л

АЛТ 32 единиц

АСТ 28 единиц

K=4.0

Na=138.0

Fe=14.0 ммоль/л

Микрореакция с кардиолипиновым антигеном - отрицательная

Иммунологическое исследование HBsAg вируса гепатита В (ИФА) при первичном исследований не обнаружен.

Копрологическое исследование

Соеденительная ткань-111

Мышечные волокна-111

Неперевариваемая клетчатка-1

Перевариваемая-11

Лейкоцитарная единица

Эритроцитарная единица

УЗИ

Заключение: реактивный панкреатит

ФГС

Заключение: эрозивный атриум-гастрит

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Основной диагноз:** Хрон. паренхиматозный панкреатит средней степени с секреторной недостаточностью в стадий обострения.

**Сопутствующий:** Хрон. эрозивный гастрит средней степени тяжести в стадий обострения.

На оснований: Жалоб:боли в правом и в левом подреберья и в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах. Боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами, периодическая, купируется после рвоты.

Анамнез болезни: боли в правом и в левом подреберья и в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах. Боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами периодическая, купируется после рвоты.

Объективных данных: При пальпации болезненная, увеличения или уплотнения поджелудочной железы (умеренная в области головки поджелудочной железы).

Инструментальные данные: УЗИ

21.04.05

Заключение: реактивный панкреатит

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Считает себя больным в течений неск-ко лет. С 2000 года обращался в стационар. Ездил в санаторий для профилактики и общее укрепляющее здоровья ( тогда боли были слабые редкие). В 2005 года боль возникла после работы ( физическое эмоциональное перенапряжения) , боль стала сильной режущей сжимающей( схваткообразная) периодическая. Боль проходила после рвоты. Больной жаловался на боли в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах (боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами, периодическая, купируется после рвоты).Отсюда можно подумать и такие заболевания как: Хрон. эрозивный гастрит средней степени тяжести в стадий обострения, язва желудка, боли в отделе толстой кишки- колит.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Спровоцировать панкреатит может дать гепатохолецестит, желтуха, нарушение режима питания. Тогда боль была стабой, рвоты сначала не проявлялась, но к обострению привело сильное стрессовое перенапряжение( физическое, эмоциональное) плюс курение-и тогда боль стала сильной, рвоту по утрам, изжогу. При выше перечисленных факторов заболевания-поджелудочная железа стала сбиватся от своей нормальной деятельности( секреторная недостаточность), начались воспалительные процессы(наличие лейкоцитов). У больного появилось потеря веса( истощение). Осложнение: нарушение участия поджелудочной железы в переваривания пищи, и нарушение участие в углеводном обмене)-это может привести к кахексии(сильное истощение) и может привести к сахарному диабету(из-за нарушение всасывания глюкозы инсулином так как идет очень малое выделения инсулина или вовсе отсутствует выделение).

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Режим –палатный
2. Диета №1
3. Медикаментозное лечение:

- целью снижения желудочной секреций:

Rp.: Sol. Plathyphylini 0.2%-1.0

D.t.d.N10 in amp.

S. подкожно. - для купирования боли(ненаркотический анальгетик центрального действия):

Rp.: Sol. Analgini 50%-2.0

D.t.d.N10 in amp.

S. в/в-капельно

- с целью дезинтоксикаций:

. Sol. NaCl 0.9%-200.0ml

D.t.d.N10 in amp.

S. в/в-капельно.

- для поддержания экскреторной функций поджелудочной железы:

Pancreatini по 2 таблетки3 раза в день.

- противопротозойное средство (против возбудителей кишечной инфекций):

Rp.:Metronidasoli 0.25

D.t.d.N10 in tab.

S. по 1 таблетки3 раза в день.

- прокинетическое средство:

Rp.:Motilium 10 mg

D.t.d.N10 in tab.

S. по 1 таблетки3 раза в день.

- противобактериальный(тетрациклин полусинтетический):

Rp.:Doxycyclini 0.2

D.t.d.N10 in tab.

S. по 1 таблетки2 раза в день.

Rp.:Omez 20 mg

D.t.d.N10 in tab.

S. по 1 таблетки2 раза в день.

Rp.: Sol. Riloxini 2%-10.0

D.t.d.N10 in amp.

S. в/в-струйно.

Rp.: Sol. Aсtovegini 6.0 (свой)

D.t.d.N10 in amp.

S. в/в-капельно.

Creon 1таблетка 3 раза в день.( свой)

**ДНЕВНИК**

|  |  |
| --- | --- |
|  АД=110/70мм.рт.стЧД=7021.04.05АД=110/70мм.рт.ст.ЧД=70 АД=110/70мм.рт.ст.ЧД=70АД=110/70мм.рт.ст.ЧД=70АД=110/70мм.рт.ст.ЧД=70 28.04АД=110/70мм.рт.ст.ЧД=70 | Жалобы сохраняются. Состояние относительное удовлетворительное. Живот мягкий, болезнен в эпигастрий . Тоны сердца ритмичные. Лечение продолжаются.   Обоснование диагноза на основе жалоб: боли в эпигастрий иррадийрует в спину , тошнота, рвота.Считает себя больным в течений неск-ко лет(Anamnesis morbid). Обострение хронического панкреатита. Живот мягкий, болезнен в эпигастрий . ФГС, УЗИDS: Хрон. эразивный гастрит, средней степени тяжести. Обострение хрон. панкреатита с секреторной  недостаточностью. Отмечается улучшение самочувствия, боли в животекупированы. Состояние относительное удовлетворительное. Живот мягкий, болезнен в эпигастрий . Тоны сердца ритмичные. Лечение продолжаются. Отмечается улучшение самочувствия, боли в животепрактически не беспокоят. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрий . Тоны сердца ритмичные. Жалобы на периодический не устойчивый стул. Болевые синдромы купированы . Состояние удовлетворительное. Ж Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, болезнен в эпигастрий . Лечение продолжаются.  Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезнен. Готовится к выписке.  |

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для здоровья: возможно ухудшение при нарушении режима питаний ( а в целом выздоровление).

Прогноз для жизни: благоприятный.Прогноз для работы: работоспособен.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Основное диагноз:** Хрон. паренхиматозный панкреатит средней степени с секреторной недостаточностью в стадий обострения.

**Сопутствующий диагноз:** Хрон. эрозивный гастрит средней степени тяжести в стадий обострения.

**ЭПИКРИЗ**

Больной поступил в гастроэнтерологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_. Диагноз: хрон. паренхиматозный панкреатит средней степени с секреторной недостаточностью в стадий обострения. Жалобы при поступления: на боли в правом и в левом подреберья и в эпигастральной области, иррадиирует в спину, рвота по утрам, изжогу, боли в поясничной области, иррадиирует в пах. Боль острая, схваткообразная, тянущая, режущая местами, периодическая, купируется после рвоты. Из историй болезни: считает себя больным в течений неск-ко лет. С 2000 года обращался в стационар. Ездил в санаторий для профилактики и общее укрепляющее здоровья ( тогда боли были слабые редкие). В 2005 года боль возникла после работы ( физическое эмоциональное перенапряжения) , боль стала сильной режущей сжимающей( схваткообразная) периодическая. Боль проходила после рвоты. И тогда больной серьезно обратился в поликлинику№48, после проведения ЭКГ, ОАМ, ОАК, общего осмотра и осмотра живота поставили диагноз: Хрон. гастрит, хрон. холецистопанкреатит и был направлен для лечения в 21 больницу. Из перенесенных заболеваний: желтуха(1974год), гепатохолецестит(1974 или 1976год), хрон. панкреатит, аппендектомия. Вредные привычки: курение редко(особенно на работе после стрессовых состояний)-3,4 сигареты в день, в данный момент не курит. Объективно: слабое телосложение, при пальпаций- болезненная, увеличения или уплотнения поджелудочной железы (умеренная в области головки поджелудочной железы),также болезненность сигмовидной и слепой кишки. При инструментальном методе исследования: УЗИ (21.04.05) Заключение: реактивный панкреатит. ФГС ( 20.04.05) Заключение: эрозивный атриум-гастрит. В отделение проводится лечение. Режим палатный. Диета№1.

- целью снижения желудочной секреций:(Sol. Plathyphylini 0.2%-1.0-. подкожно.), для купирования боли(ненаркотический анальгетик центрального действия): ( Sol. Analgini 50%-2.0-. в/в-капельно),с целью дезинтоксикаций:( Sol. NaCl 0.9%-200.0ml-. в/в-капельно.), для поддержания экскреторной функций поджелудочной железы:(Pancreatini по 2 таблетки3 раза в день.),противопротозойное средство(против возбудителей кишечной инфекций):( Metronidasoli 0.25- по 1 таблетки3 раза в день.),прокинетическое средство:( Motilium 10 mg- по 1 таблетки3 раза в день), противобактериальный(тетрациклин полусинтетический):( Doxycyclini 0.2- по 1 таблетки2 раза в день.),Omez 20 mg-. по 1 таблетки2 раза в день., Sol. Riloxini 2%-10.0- в/в-струйно.,Sol. Aсtovegini 6.0 - в/в-капельно(свой), Creon 1таблетка 3 раза в день.( свой). В результата проводимого лечения самочувствие больной улучшилось, жалоб на боли не предъявляет. Выписывается на работу. Соблюдать режим питания.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1. А.Н. Окоров. Минск2001год.
2. Пропедевтика внутренних болезней. В.Х.Василенко. Москва «Медицина» 1983 год.
3. Клинические классификации заболеваний внутренних органов. БГМУ. Уфа 1996 год.
4. Лекарственные средства. М.Д.Машковский. Москва «Медицина» 1986 год.
5. Фармакология. Д.А.Харкевич. Москва 2001 год.

6.Хирургические болезни Кузин М. И. Москва 2000 год