**История болезни №6**

**Паспортная часть:**
1.ФИО – Г
2. Возраст – 45 лет
3. Национальность - русская
4. Семейное положение - замужем
5. Образование – среднее специальное
6. Профессия - кладовщик
7. Место работы - АОЗТ
8. Домашний адрес: ул.  кв.
7. Время поступления в клинику: 29 сентября 1998 года.

**Жалобы больной при поступлении в клинику:**
На опоясывающую боль в верхних отделах живота, режущего характера, с иррадиацией в область спины. Боль носила постоянный характер и сопровождалась тошнотой и многократной рвотой. Тошнота всегда заканчивалась рвотой. Рвота не приносила существенного облегчения. В рвотных массах остатки пищи, желчь и слизь. Стула не было.
 На повышение температуры до 37,8 С.
Жалобы больной на момент курации: на не интенсивную, ноющую боль верхнем отделе живота. Стул оформленный, без примесей.

**Расспрос по системам**
Система органов дыхания.
Кашель не беспокоит. Кровохарканья не было. Боли в груди нет. Одышку не отмечает.
Сердечно - сосудистая система.
На одышку при физической нагрузке (подъем на третий этаж). Боли в области сердца не отмечает. Отеков на ногах нет. Ощущение пульсации и спазма периферических сосудов не было.
Система мочевыделения.
Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание свободное. Количество мочи за сутки соответствует количеству выпитой жидкости (1500 л). Частота мочеиспусканий - 7 раз в сутки. Непроизвольных мочеиспусканий не было. Цвет мочи светло-желтый.
Опорно-двигательнная система.
Припухлости, болей и покраснение в суставах не отмечает. Затруднений при движении не испытывает. Боли и затруднении движений в позвоночнике нет.
Эндокринная система.
Нарушение первичных и вторичных половых признаков нет. Оволосение головы и лица по женскому типу.

**Anamnesis morbi**
 Считает себя больной с 1996г. С этого времени два раза в год, чаще весной и осенью, стали беспокоить интенсивные боли  в проекции поджелудочной железы, связанные или с погрешностями в диете (жаренная и жирная пища), или с приемом алкоголя. Каждое обострение начиналось постепенно с нарастанием симптомов. Боли принимали постоянный опоясывающий характер, с иррадиацией в спину, сопровождались тошнотой, общей слабостью и  заканчивались рвотой. Больная вызывала СМП и госпитализировалась в хирургическое отделение городской больницы №1 (1996, 1997гг.). Всякий раз ей проводилась консервативная терапия и больная выписывалась с улучшением. В поликлинику не обращалась, амбулаторно не лечилась.
Настоящее обострение обусловлено длительным, с 25 по 27 сентября, ежедневным употреблением большого количества алкоголя, и жирной, жареной, копченой пищи. 28 сентября утром появились резкие, постоянные боли верхнем отделе живота, которые постепенно нарастали и приняли опоясывающий характер с иррадиацией в спину и сопровождались тошнотой. К вечеру боли усилились и сопровождались многократной рвотой, которая была сохранялась на протяжении всей ночи и не приносила существенного облегчения. Рвота содержала пищу, желчь и слизь. В течение этого дня больная принимала но-шпу и активированный уголь. Облегчения не было. Температура повысилась до 38,8 С. Всю ночь не могла уснуть.
Утром 29 сентября вызвала СМП, которая доставила больную в стационар с диагнозом острый панкреотит. При осмотре дежурным врачом: состояние больной средней степени тяжести, пульс 120 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Было проведено следующее обследование: клинический анализ крови, диастаза крови, общий анализ мочи, ФГДС. Больной проведена консервативная терапия (инфузионная и обезболивающая терапия). Общее состояние улучшилось. Ночь с 29 на 30 больная спала.
На момент курации, утром 30 сентября, продолжают беспокоить постоянные неинтенсивные боли в эпигастральной области. Тошноты и рвоты нет. Температура 37,4 С. Стула не было.

**Аnamnesis vitae**
Родилась в городе Владивостоке. Физическое и психическое развитие проходило соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, закончила 10 классов, а затем СПТУ. Замужем. Детей нет. Со стороны гинекологии патологии нет. Месячные регулярные.
Жилищно-бытовые условия и питание удовлетворительные.
Контакта с инфекционными больными не имела. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. В 1965 г была сделана аппендэктомия, осложнений не было.
Предпочитает крепкий чай. Наркотики не употребляла. Курит несколько сигарет в день. Два - три раза в неделю употребляет крепкие спиртные напитки.
Наследственность не отягощена.
Аллергические реакции выявлены на введение новокаина, калий хлора и на антибиотики группы пенициллина, которая проявляется высыпаниями на коже и зудом и снижением АД.
Повышенная метеочувствительность отсутствует.

**Status praesens**
Общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное: предпочитает лежать в постели и мало двигаться . Выражение лица апатичное. Походка не изменена. Телосложение правильное, астеническое.
Кожа розовая, чистая, умеренно влажная, тургор сохранен. Депигментаций кожи не наблюдается. Подкожных кровоизлияний нет. Цвет видимых слизистых бледно-розовый.
Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Место наибольшего скопления жира в области живота. Периферических отеков нет. Подмышечные лимфатические узлы при пальпации округлой формы, около 1,5 см, безболезненные, не спаянные с окружающей клетчаткой, однородной консистенции.
Наблюдается нормальное развитие мускулатуры. Тонус мышц сохранен. При прощупывании мышцы безболезненны.
Деформаций и искривлений позвоночника не наблюдается. Акромегалии нет. Болезненности при пальпации и поколачиваний по ребрам, по позвонкам, по большеберцовым и малоберцовым костям нет. Симптом "барабанные" пальцы не наблюдается.
Конфигурация суставов нормальная. Припухлости нет. Гиперимии кожи и местное повышение температуры в области суставов не отмечено. Объём активных и пассивных движений полный. Болезненность при ощупывании и при движении отсутствует.
Голова округлой формы. Лицевая и мозговая часть черепа пропорциональны в строении. Надбровные дуги не выражены. Выпадение волос физиологическое.
Коньюнктивы глаз бледно-розовые. Зрачки круглые, диаметром 0,3 см, реакция на свет одинаковая. Слезотечения нет.
Губы бледно-розового цвета. Герпеса на губах и крыльях носа нет. Трещины слизистой в углах рта отсутствуют.
Асимметрии шеи нет. Мышцы шеи развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

**Система органов дыхания**
При осмотре. Нос обычной формы. Деформаций нет. Слизистая розового цвета. Грудная клетка астенической формы. Деформаций грудной клетки нет. Асимметрии нет. Отставания одной из половин грудной клетки в акте дыхания не наблюдается. Тип дыхания смешанный, Ч.Д. - 23 в минуту, ритмичное, глубина дыхания обычная.
Пальпаторно: грудная клетка безболезненна, эластичная. Межреберные промежутки не увеличены. Голосовое дрожание на всех участках грудной клетки проводится одинаково. Ощущения трения плевры нет.
При сравнительной перкуссии определяется легочный звук на симметричных участках грудной клетки. При топографической перкуссии определяются следующие границы легких:
Справа: окологрудинная линия - пятое межреберье; срединно-ключичная - 6 ребро; передняя подмышечная - 7 ребро; средняя подмышечная - 8 ребро; задняя подмышечная - 9 ребро; околопозвоночная - 10 ребро.
Слева: окологрудинная линия - третье межреберье; срединно-ключичная - 6 ребро; передняя подмышечная - 7 ребро; средняя подмышечная - 8 ребро; задняя подмышечная - 9 ребро; околопозвоночная - 10 ребро.
Высота стояния верхушек легкого спереди справа - 3 см. Высота стояния верхушек легкого спереди слева - 3,5 см. Высота стояния верхушек левого и правого легкого сзади на уровне 7 шейного позвонка.
Поле Кренига справа - 4 см, слева - 4,5 см.
Экскурсия нижнего края правого легкого по срединно-подмышечной линии: на вдохе - 4,5 см, на выдохе - 4,5 см, суммарная- 9 см.
Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких. Сухие и влажные хрипы не определяются. Шум трения плевры не выслушивается. Бронхофония проводится с одинаковой силой на всех участках грудной клетки.

**Сердечно-сосудистая система**
При осмотре. Патологической пульсации в области шеи нет. Выпячиваний грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии низкий. Сердечный толчок не определяется.
При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Верхушечный толчок ограниченный, площадью до 2 см, низкий. Симптом "кошачьего мурлыканья" отрицательный.
При перкусси. Границы относительной тупости сердца: правая находится в 4-м межреберье, на 1 см кнаружи от правого края грудины; верхняя - на 3-м ребре, у левого края грудины; левая граница - в 5-м межреберье, на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.
Контуры сердца. Правый контур, который проходит справа от грудины и отстоит от передней срединной линии в 1-м, 2-м, 3-м межреберьях на 3 см и в 4-м межреберье на 4 см. Левый контур проходит слева от грудины и отстоит от передней срединной линии в 1-м и 2-м межреберьях на 3 см, в 3-м межреберье на 4 см, в 4-м межреберье на 7 см и в 5-м межреберье на 8,5см.
Конфигурация сердца нормальная.
Размеры сердца. Поперечник сердца - 12 см. Длинник сердца - 14 см.
Границы абсолютной тупости сердца: правая проходит по левому краю грудины в 4-м межреберье; верхняя - на 4 ребре; левая граница на 1,5 см кнутри от границы относительной тупости сердца.
Ширина сосудистого пучка во 2 межреберье - 6 см.
При аускультации. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Расщепления тонов сердца нет. В 1 и 4 точке аускультации 1 тон преобладает над 2 тоном. В 2, 3, 5 точках 2 тон преобладает над 1 тоном. Шумы сердца не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует. На яремных венах шум волчка не выслушивается. При выслушивание аорты, сонных, подключичных, бедренных артерий шумы и дополнительные тоны не определяются (тон Траубе, двойной шум Дюрозье).
Исследование сосудов. При осмотре и пальпации пульсация аорты в области яремной вырезки не определяется. Пульсация сонных, лучевых артерий и артерий стопы одинаковая с обеих сторон. Набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствует. Венный пульс отрицательный. Варикозное расширение вен на голени отсутствует.
Пульс на лучевых артериях: одинакового наполнения и напряжения на обеих руках. Среднего напряжения и наполнения, быстрый, средней величины, разницы между числом сердечных сокращений и числом пульсовых волн нет. Частота пульса 75 в минуту. Сосудистая стенка эластичная. Капиллярный пульс отрицательный.
Артериальное давление 140/90 мм рт. ст.

**Органы пищеворения.**
При осмотре. Язык влажный, обильно обложен белым налетом. Кариозных зубов нет. Слизистая рта, десен не изменена. Миндалины розового цвета, не увеличены, налета нет.
Живот увеличен в объеме за счет метеоризма. Асимметрии нет.  Видимая перистальтика желудка и кишечника не наблюдается. Расширение подкожнных вен не наблюдается. Грыжевых образований нет.
При поверхностной, ориентировочной пальпации живота по методу В.П.Образцова и Н.Д.Стражеско. Живот мягкий, болезненный, мышцы брюшной стенки в верхней половине живота напряженны. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Состояние паховых и бедренных колец в норме. Зоны гиперчувствительности не выявляются. Расхождение мышц передней брюшной стенки нет. При ощупывании левого реберно-позвоночного угла имеется болезненность (положительный симптом Мэйо-Робсона).
При глубокой, скользящей, методической, топографической пальпации по методу В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско  опредиляется:
Сигмовиднная кишка пальпируется в левой подвздошной области в нижней трети линии соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра толщиной 2 см. Урчание не определяется.
Слепая кишка пальпируется в форме гладкого, болезненного гладкого цилиндра в правой подвздошной области в нижней трети линии соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости, слегка урчащего цилиндра диаметром 3 см.
Поперечно-ободочная кишка пальпации не доступна из-за выраженной болезненности в этой области.
Восходящий отдел поперечно-ободочной кишки пальпируется в правом фланке в виде умеренно плотного, болезненного цилиндра 3.5 см. в диаметре.
Нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки пальпируется в левом фланке в виде умеренного плотного, безболезненного цилиндра 3,5 см в диаметре.
Большая кривизна желудка находится по данным аускульто-аффрикции на 3 см выше пупка.
Привратник не пропальпирован. При глубокой пальпации отмечается болезненность в этой зоне.
При перкуссии живота выявляется тимпанический звук. Жидкости в брюшной полости нет.
При аускультации желудка и кишечника выслушивается нормальная перистальтика.

**Исследование печени.**
При осмотре пульсация в области правого подреберья и диффузное выбухание отсутствует.
Перкуссия. Границы печени по Курлову:
Верхняя граница относительной тупости находится на уровне 5-го ребра по правой срединно-ключичной линии; Нижняя граница по правой срединно-ключичной линии - на уровне нижнего края реберной дуги; По передней средней линии - на границе верхней и средней трети расстояния между пупком и мечевидным отростком; По левой реберной дуге - на уровне 7 ребра;
Пальпация проводится по правой, передней подмышечной, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям, по методу В.П.Образцова и Н.Д.Стражеско для определения нижнего края печени. Край печени  закругленный, ровный, мягкий, безболезненный.
Размеры печини по Курлову:
Первый размер - расстояние между верхней и нижней границей печени по правой срединно-ключичной линии - 12 см. Второй размер - расстояние между верхней и нижней границей по передней срединной линии - 9 см. Третий размер - по левой реберной дуге - 8 см.
Желчный пузырь не пальпируется.
Исследование  селезенки.
При осмотре выбухание в области левого подреберья отсутствует. При перкуссии: Длиник - по ходу 10-го ребра - 7 см. Поперечник - по перпендикуляру к середине найденного длиника 5 см.
Пальпацию проводят по методу В.П.Образцова и Н.Д.Стражеско для определения края селезенки. Края селезенки не пальпируется. Шум трения брюшины в этой области отсутствует.

**Органы мочеотделения.**
При осмотре припухлости, покраснения, и отечности кожи в поясничной области нет. При пальпации в горизонтальном положении почки не пальпируются. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. При аускультации шума в области проекции почечной артерии нет. Диурез в норме.

**Предварительный диагноз:**
Хронический рецидивирующий панкреатит, болевая форма, фаза обострения.

**План обследования:**
План лабораторных и инструментальных методов исследований.

1. Клинический анализ крови каждые;
2. Общий анализ мочи каждые;
3. Кал на яйца гельминт;
4. Исследования крови на СПИД, ЭДС крови;
5. Определение группы крови и резус - фактора;
6. Сахар крови;
7. Флюорография органов грудной клетки;
8. Электрокардиограмма;
9. Взвешивания больных каждые 3 дня;
10. Диастаза в крови;
11. ФГДС.

**Данные лабораторных и инструментальных методов**
**исследования у курируемого больного.**
1. Клинический анализ крови:
гемоглобин - 170 г/л
эритроциты - 5,0 10х12/л
цветной показатель - 1,1
СОЭ - 18 мм/ч
лейкоциты - 9,7 10х9/л
эозинофилы - 0%
палочко-ядерные - 5%
сегменто-ядерные - 78%
лимфоциты - 17%
моноциты - 1%
2. ЭДС - отрицательная.
3. Группа крови 2, резус-фактор положительный
4. Биохимический анализ крови:
Азот - 5,64
Сахар - 5,6 ммоль/л
мочивина - 7,9 ммоль/л
AST - 0,1 ммоль/л
ALT - 0,2 ммоль/л
общий белок - 70 г/л
общий билирубин - 13,68 ммоль/л
нерпрямой билирубин - 6,84 ммоль/л
прямой билирубин - 3,42 ммоль/л
5. Общий анализ мочи:
цвет - светло-желтый,
уд.вес 1017, белка, сахара, ацетона - нет
слизь умеренная
лейкоциты 1-2 в поле зрения
эритроциты 2-3 в поле зрения
6. Кал на яйца гельминтов - не обнаружены
7. ЭКГ - Заключение: ритм синусовый, ЧСС-80 в 1 мин.
11. Вес больного 69 кг.
 12. Диастаза в моче – 132 ед.
 13. ФГДС. Пищевод свободно проходим. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки равномерно, умеренно, гиперимирована, отечна. Заключение: Язва не выявлена.

**Дифференциальный диагноз.**
Острый панкреатит имеет различное клиническое течение и часто вызывает большие затруднения в распознавании. Ведущим синдромом, по которому проводится дифференциальная диагностика, является болевой синдром.
Острый панкреатит, так же как и острый аппендицит, начинается внезапными болями в животе и иногда сопровождается упорной рвотой, градации общего состояния пациента от удовлетворительного до тяжелого, картина крови так же изменчива. При остром панкреатите живот болезненный в верхнем отделе и несколько вздут. Напряжения брюшных мышц отсутствует или слабо выражено, главным образом в верхней половине живота. Острый  панкреатит дает мучительные боли обычно в подложечковой области, которые и по интенсивности, и по локализации не совпадают с болями при остром аппендиците. Иногда появляются боли в области спины слева, а при ощупывании левого реберно-позвоночного угла имеется болезненность (симптом Мэйо-Робсона), чего не бывает при остром аппендиците. Кроме того повышение диастазы в моче имеет  место только при остром панкреатите.
Острый холецистит по клинической картине и течению имеет много общего с панкреатитом. Оба заболевания начинаются внезапно и остро, возникают боли, сопровождаются повышением температуры, общими расстройствами и признаками раздражения брюшины. Отличия панкреатита от острого холецистита основывается на различном характере болей. При остром холецистите боли возникают в правом подреберье иррадиируют в правую лопатку и правое плечо, положительные «пузырные» симптомы и наличие типичных данных УЗИ желчного пузыря; при панкреатите боли носят опоясывающий характер и иррадиируют в спину, в левое плечо, в левый реберно-позвоночный угол.
При остром гастрите, как и при панкреатите бывает тошнота и рвота, а так же боли в эпигастральной области, но рвота при панкреатите многократная, не приносящая облегчения в отличии от острого гастрита, диагноз которого подтверждается данными ФГДС.
При появлении упорных болей в верхней части живота, а так же тошноты и рвоты, можно подумать о язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Необходимо внимательно расспросить больного о продолжительности заболевания, о характере болей и результатах прежних исследований. При расспросе удается установить наличие болей после приема пищи, "голодных " болей и перенесенных желудочных кровотечений. При обострении язвы боли, болезненность, а иногда и напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга локализуются в пилородуоденальной зоне, а при панкреатите в верхнем отделе живота в зоне проекции головки, тела и хвоста. Кроме того обострения язвенной болезни обычно проходят при нормальной  температуре, отсутствии интоксикации и изменения картины крови, нормальном уровне амилазы крови и диастазы мочи. Наличие язвы подтверждается данными ФГДС и рентгеноскопией.

**Обоснование клинического диагноза.**
На первом этапе обоснования выделяем симптомы выявленные при обследовании. При расспросе: жалобы на постоянную опоясывающую боль в верхних отделах живота, режущего характера, с иррадиацией в область спины, которая сопровождалась тошнотой и многократной рвотой. Рвота не приносила существенного облегчения. На повышение температуры до 37,8 С.
 При сборе анамнеза заболевания: болеет в течении трех лет: первое обострение было 1996г, когда стали беспокоить интенсивные боли  в проекции поджелудочной железы, связанные или с погрешностями в диете (жаренная и жирная пища), или с приемом алкоголя. Каждое обострение начиналось с ухудшения общего состояния, с постоянными, интенсивными и опоясывающими болями в верхней половине живота, которые сопровождались многократной рвотой. Данное обострение связано с употреблением большого количества крепких спиртных напитков в течение трех дней. Вследствие этого появились постоянные, резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Без эффекта принимала но-шпу, активированный уголь. На СМП была доставлена в больницу и госпитализирована.
По данным объективного осмотра дежурного врача: состояние больной было средней степени тяжести, положение вынужденное. ЧД 24 в минуту. Пульс 120 в минуту, АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. При пальпации живот мягкий, резко болезненный в верхнем отделе. Мышцы брюшной стенки напряжены. Положительный симптом Мейо-Робсона. Стул отсутствовал.
Лабораторные данные: кол-во лейкоцитов 9,7х10/л, СОЭ - 18 мм/ч, диастаза в моче 132 ед.
Полученные симптомы можно объединить в синдромы:
Болевой синдром, преимущественно за счет отека поджелудочной железы, выставлен на основании: постоянных опоясывающих болей в верхних отделах живота, режущего характера, с иррадиацией в область спины, в левый реберно-позвоночный угол.
Синдром внешнесекреторной недостаточности поставлен на основании жалоб на тошноту, многократную рвоту не приносящей существенного облегчения, с примесями пищи, желчи и слизи. Отсутствие панкреатического стула объясняется периодом голодания.
Синдром воспаления можно выставить на основании интоксикационных жалоб больной на слабость, недомогание, на повышение температуры 38,8 С, на основании данных клинического анализа крови лейкоцитоз (9,7х10/л), ускорение СОЭ (18 мм/ч).
Таким образом, исключив при проведении дифференциального диагноза острый гастрит, острый холецистит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, можно считать, что у нашей больной панкреатит, учитывая длительность анамнеза – хронический, а выраженность симптомов говорит о фазе обострения.

**Клинический диагноз:** Хронический рецидивирующий панкреатит, болевая форма, фаза обострения.

Лечение:
1. Режим - 2
2. Диета – 5n. На первые 2-3 суток назначается полный голод. Разрешается обильное щелочное питье (минеральная вода типа Боржоми, Славянка и др. без газов) и отвар шиповника. В сутки рекомендуется употреблять не менее 1,5-2 литров жидкости. Далее больным разрешается прием пищи с постепенным расширением диеты. Используется протеиновый вариант панкриотической диеты, которая обеспечивает химическое, механическое и термическое щажение органов пищеварения. По мере стихания признаков обострения назначают диету № 5.
3. Медикаментозное лечение:
1).Препараты направленные на подавление панкриотической секреции:
- Не всасывающийся антацид: Tab Maalox 400 mg, по 1 таб. 4-6 раз в сутки;
- Средство подавляющее желудочную секрецию: Sol Atropini sulfati 0,1%-1,0 ml, в\м 2 раза в сутки;
- Блокатор Н2-гистаминовых рецепторов: Tab Ulfamidi 40 mg, 1 таб. на ночь;
- Блокатор протонной помпы: Tab Omeprozoli 20 mg, 1 капсуле перед завтраком, 7 дней.
2).Препараты подавляющие болевой синдром:
- наркотические анальгетики: Sol. Promidoli 2%-1,0, вводить в\м вместе с атропином и диметролом;
- нормализация моторики протоков и сфинктеров: Sol. Baralgini 5,0 ml, в\в.
3).Препарат устраняющий отек поджелудочной железы: Sol. Furosemidi 1%-2 ml в\м утром, 5 дней.
4).Препарат восстанавливающий сосудистую микроциркуляцию: Sol. Heparini 5000 ЕД-5 ml, вводить п\к 4 раза в сутки.
5).Препарат корригирующий внешнесекреторную и трофическую недостаточность: Tab. Enzistali, по одной таб. 3 раза в день после еды.
6).Дезоинтоксикационная терапия: Sol.Haemodesi 200 ml, вводить в/в капельно со скоростью 40-80 капель в минуту;
Sol.Rheopolyglucini 400 ml, вводить в/в капельно в течение 30-60 минут.
7).Ингибиторы протеаз и кининов: Sol Contrikali 10000 Ед, вводить 40000Ед\сутки;
Sol Acidi aminocapronici 5%-100 ml, вводить в/в 2 раза в сутки.
8).Противовоспалительная терапия: Sol. Gentomicini 40mg, вводить в/м 2 раза в сутки по 40 мг.

**Дневники:**
01.10.98. Жалобы на умеренные постоянные боли в верхней части живота, на общую слабость, недомогание.
Объективно: за прошедшие сутки в общем состояние наблюдается положительная динамика. Кожные покровы чистые. Дыхание свободное. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 76 ударов в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий в верхней половине болезненный. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Симптом Мэйо-Робсона отрицательный. Был однократно оформленный стул. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.
Подпись: Кулакова.
02.10.98. Жалобы на боли в живота стали беспокоить реже, сохраняется общая слабость, недомогание.
Объективно: Общее состояние удовлетворительное. В легких над всей поверхностью грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 64 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий в болезненный в проекции тела и головки поджелудочной железы. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.
Подпись: Кулакова.

**Этапный эпикриз.**
Больная Г., 45 лет, находится на лечении в хирургическом отделении Городской больницы с 29.10.98 с диагнозом: Хронический рецидивирующий панкреотит, болевая форма, стадия обострения.
Больная была доставлена по СМП с жалобами: на постоянную опоясывающую боль в верхних отделах живота, режущего характера, с иррадиацией в область спины, которая сопровождалась тошнотой и многократной рвотой. Рвота не приносила существенного облегчения. На повышение температуры до 37,8 С.
Из анамнеза заболевания известно, что в течение трех дней употребляла крепкие спиртные напитки в большом количестве, в следствие этого развился выраженный болевой синдром, диспептический синдром и синдром воспаления.
При объективном исследовании: язык густо обложен, живот при пальпации резко болезненный в эпигастрии. Мышцы брюшной стенки напряжены. Положительный симптом Мейо-Робсона. Стул отсутствовал.
Лабораторные данные показали в крови: лейкоцитоз (9,7х10/л), СОЭ 18 мм/ч, мочевина 7,96 мм/г, общий сахар 5,62 ммоль/л; в моче: лейкоцитов 2-3 в поле зрении, эритроцитов 1-2 в поле зрении, диастаза в мочи 132 ед.
Была проведена следующая терапия: Дезентоксикационная Sol.Haemodesi 200 ml в/в капельно со скоростью 40-80 капель в минуту. Sol.Rheopolyglucini 400 ml, в/в капельно в течении 30-60 минут. Обезболивающая терапия: Sol.Promidoli 2%-1,0 в/м; Антибиотикотерапия: Sol.Gentomicini по 40 мг в/м 2 раза в сутки.
В результате проведенной терапии общее состояние больной улучшилось, температура 36,7С, тошнота и рвота отсутствуют, но сохраняются не постоянные и не интенсивные боли в эпигастральной области.
Рекомендуется продолжать начатую терапию, через 10 дней повторить клинический анализ крови и общий анализ мочи.

**Перечень использованной литературы.**
1. Бацков С.С, Иноземцев С.А., и др. Болезни желчного пузыря и поджелудочной железы . СПб.: Стройлеспечать, 1996.
2. М.М. Виккер, "Острый живот". Ростов на Дону, 1946г.
3. М.Д.  Машковский,  "Лекарственные  средства", Часть 2, М.,1987.
4.Кузин М.И. и др. Хирургические болезни. М., 1986.