**Паспортная часть**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 14.04.2013 в 8-40

Возраст: 47 лет

Профессия: Водитель

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

Диагноз при поступлении: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение.

Клинический диагноз: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение.

**Жалобы**

На момент курации пациент предъявляет жалобы на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту.

**История настоящего заболевания**

Считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Неоднократно проходил лечение в \_\_\_\_\_\_\_, после чего отмечал улучшение. Начало настоящего заболевания отмечает в 2-00 14.04.13, когда снова начали беспокоить ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье после приёма пищи. Обострение заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя. Обратился в поликлинику откуда был направлен на прохождение лечения в ВОБКБ.

**Анамнез жизни**

Родился 24.06.1965г. 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 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. Переливаний крови не было.

**Объективное исследование**

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное, телосложение гиперстеническое (Ожирение II степени).

**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.**

Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные) не пальпируются.

**Костно-мышечная система**

Мышечная система: степень развития мышц умеренная, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти, бёдрах, голени-умеренная, симметричная, тонус мышц нормальный, судорог нет.

Костно-суставная система: Кости черепа, грудной клетки без патологических изменений. Позвоночник: не искривлен, при пальпации по ходу остистых отростков болезненности не выявлено. Деформации и искривления костей нет.

Суставы: деформации, дефигурации нет, температура кожи над суставами нормальная, флюктуации, болезненности и хруста при движениях не выявлено; объём активных и пассивных движений достаточный, нарушения функции суставов нет. Походка нормальная.

**Дыхательная система.**

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

Частота дыхательных движений 18 в минуту. 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 нет.

При пальпации грудная клетка безболезненна.

*Топографическая перкуссия:*

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

Верхняя граница легких сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига - 6 см.

Нижняя граница легких:

Правое легкое:

Окологрудинная - V межреберье

Среднеключичная - VI ребро

Перед. подмышеч. - VII ребро

Средн. подмышеч. - VIII ребро

Задняя подмышеч. - IX ребро

Лопаточная - X ребро

Околопозвоночн. - остистый отросток XI грудного 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 толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см. кнутри от среднеключичной линии.

Границы относительной сердечной тупости:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая – 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии (совпадают с верхушечным

толчком);

верхняя - III межреберье

Границы абсолютной сердечной тупости:

- правая - по левому краю грудины

- верхняя - IV межреберье

- левая – 2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Ширина сосудистого пучка - 5 см.

Аускультация сердца:

Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Ритм тонов правильный. ЧСС – 94 уд/мин, хорошего наполнения, ритмичные.

Артериальное давление 140/90 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 94 уд/мин. АД – 140/90 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 отмечена болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

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.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб пациента (на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту); данных анамнеза заболевания (считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Обострение заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя); данных объективного исследования (болезненность при пальпации в эпигастральной области) пациенту можно поставить следующий предварительный диагноз:

Основной: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение.

Осложнения основного: нет.

Сопутствующий: нет.

**План обследования**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи (+ a-амилаза).
3. БАК (Общий белок, a-амилаза, билирубин, холестерин, глюкоза)
4. УЗИ органов брюшной полости
5. ФГДС
6. Коагулограмма, кровь на группу крови и резус-фактор
7. Ренгенография лёгких

**Результаты лабораторных и инструментальных исследований**

1. Общий анализ крови от 14.04.13 г.:

Эритроциты – 5,14 х 1012 /л

Гемоглобин – 172 г/л (Выше нормы)

СОЭ – 6 мм/ч

Лейкоциты – 14,2 х 109 /л (Лекоцитоз)

Тромбоциты – 168 х 109/л (Тромбоцитопения)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 6 %

Сегментоядерные – 85 % (Повышены, сдвиг формулы вправо)

Эозинофилы – 1 %

Лимфоциты – 4 % (Лимфоцитопения)

Моноциты – 4 %

MCV – 100

MCH – 33

MCHC – 334 (Повышена средняя концентрация гемоглобина в эритроците)

1. ОАМ от 14.04.2013:

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность - полная

Реакция – кислая

Плотность - 1018

Белок - 0,62 г/л (Протеинурия)

Сахар - нет

Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения

Эритроциты – неизменённый 2-4 в поле зрения (Микрогематурия)

Лейкоциты – 9-11 в поле зрения (Повышены)

Слизь ++

a-амилаза в моче – 8586 Ед/л (Норма до 1000 Ед/л)

1. УЗИ органов брюшной полости:

Заключение: Диффузные изменения печени типа развивающегося жирового гепатоза. Спленомегалия умеренно-выраженная. Нельзя исключить острый панкреатит.

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный диагноз осуществляют, учитывая основные синдромы ХП:

боль, в том числе острая в эпи- и мезогастрии;

диарею;

общие симптомы.

Из-за отсутствия патогномоничной клинической картины постановка диагноза ХП основана на исключении патологии со стороны близлежащих органов (желудок, ДПК, печень, желчный пузырь, кишечник).

Причины острой боли в животе (локализация):

*Собственно эпигастральная область*

*Сердце*

стенокардия и инфаркт миокарда

перикардит

*Пищевод, желудок и кишечник*

эзофагит

гастрит

язва желудка и двенадцатиперстной кишки

местно-распространенный рак желудка

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и ее осложнения

перфорация пищевода

ахалазия кардии

*Поджелудочная железа*

острый панкреатит

опухоли поджелудочной железы

*Другие причины*

аппендицит (ранняя стадия)

перелом грудины

синдром Титце (реберный хондрит)

*Центральные отделы живота*

*Поджелудочная железа*

панкреатит

опухоли поджелудочной железы (добро- и злокачественные)

*Кишечник*

механическая непроходимость кишечника

тромбоз и эмболия сосудов брыжейки, инфаркт кишечника (ранняя стадия)

расслаивающая аневризма брюшной аорты, разрыв аневризмы

дивертикулит (тонкой и толстой кишки)

гастроэнтерит

заворот большого сальника

*Другие причины*

эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.)

уремия и другие нарушения метаболизма

лейкоз

болевой криз (серповидно-клеточная анемия)

грыжи: пупочная, послеоперационная срединная, белой линии живота, параумбиликальные

*Правые подреберье и фланк живота*

*Желудок*

гастрит, язва желудка, прободная язва желудка

острое расширение желудка

опухоли желудка (добро- и

злокачественные)

*Поджелудочная железа*

панкреатит

рак головки поджелудочной железы

рак хвоста поджелудочной железы

киста и псевдокиста ПЖ

*Почки*

мочекаменная болезнь, пиелонефрит, почечная колика

*Кишечник*

аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка

опухоли правой половины ободочной кишки

опухоли левой половины ободочной кишки

*Печень*

острый гепатит (любой этиологии)

гепатомегалия (любой этиологии)

секвестрационный криз с депонированием крови в печени (серповидно-клеточная анемия)

опухоли печени (добро- и злокачественные)

абсцесс печени

травма печени

*Желчные пути*

острый холецистит

желчная колика

хронический холецистит

дискинезия желчных путей

желчнокаменная болезнь

*Двенадцатиперстная кишка*

обострение язвы ДПК, дуоденита

прободная язва ДПК

*Легкие и грудная клетка*

нижнедолевая пневмония, абсцесс легкого, плеврит, ТЭЛА,

ушибы грудной клетки, переломы ребер

*Другие причины*

подпеченочный абсцесс

повреждение селезенки

корешковые боли при остеохондроз е

под диафрагмальный абсцесс

ушибы брюшной стенки

Herpes zoster

К синдромосходным заболеваниям относят:

1. Острый панкреатит.

2. Гастродуоденальные язвы.

3. Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, желчнокаменную болезнь, хронический холецистит.

4. Заболевания тонкой кишки, протекающие с синдромом мальабсорбции (целиакия, лимфома, узелковая лимфоидная гиперплазия тонкой кишки, болезнь Уиппла, хронический энтерит).

5. Карциномы желудка, поджелудочной железы, почек, поперечно-ободочной кишки.

6. Абдоминальный ишемический синдром.

7. Поражения нижнегрудного отдела позвоночника с корешковым синдромом.

8. Хронический колит.

У пациентов с острым панкреатитом наблюдают интенсивную опоясывающую боль или в эпигастрии с иррадиацией влево либо по всему животу; характерны: тошнота и рвота с примесью желчи; «эластическое» напряжение живота; синдром острой сосудистой недостаточности; значительное повышение амилазы и липазы; лейкоцитоз и СОЭ. Чем интенсивнее боль и диспептические явления, тяжелее шок, тем более вероятны геморрагический панкреатит и панкреонекроз.

Для больных язвенной болезнью характерны связь боли с приемом пищи, рвота, приносящая облегчение, сезонность обострений, данные анамнеза, отсутствие поносов. При пальпации можно выявить «точечную» болезненность в эпигастрии, гиперсекрецию соляной кислоты при исследовании желудочного сока. При ФЭГДС выявляют язву.

Патологии билиарной системы (хронический калькулёзный холецистит), которая может сама явиться фоном для ХП, свойственны боль в правом подреберье с иррадиацией вправо и вверх, в спину, под правую лопатку, болезненность при пальпации в правом подреберье; при физическом обследовании положительные симптомы Кера, Мэрфи, Грекова-Ортнера. При обструкции желчевыводящих путей возможна желтуха, которая чаще возникает вслед за болевой атакой. Желтуха при ХП чаще умеренная, малоинтенсивная и быстропреходящая. УЗИ-диагностика уточняет наличие дискинезии, камней, утолщение стенок жёлчного пузыря.

В отличие от заболеваний тонкой кишки, протекающих с синдромом мальабсорбции (целиакия, лимфома, узелковая лимфоидная гиперплазия тонкой кишки, болезнь Уиппла, хронический энтерит), в пользу ХП свидетельствуют: сравнительно легкая коррекция поносов полиферментными препаратами, положительный амилазный тест в начале обострения заболевания, изменение структуры железы по данным УЗИ, положительные данные ПАБК-теста (бентираминовый пробы) и отрицательные данные Д-ксилозного теста.

К относительно ранним симптомам карциномы ПЖ относят немотивированное снижение массы тела, анорексию, потерю жизненного тонуса, нарастающую общую слабость, боль в эпигастрии. Пожилой возраст, короткий анамнез, резкие боли в верхних отделах живота, резкие боли в верхних отделах живота, не купирующиеся традиционными медикаментозными средствами, постепенное развитие желтухи более характерны раку ПЖ. Диагноз рака ПЖ уточняют при проведении УЗИ, КТ, селективной ангиографии, ЭРХПГ, лапароскопии. Высокой специфичностью обладает карциноэмбриональный антиген. Онкологические заболевания подтверждают с помощью биопсии и дальнейшего гистологического исследования. Однако первая биопсия в случаях, где в дальнейшем была доказана карцинома железы, в 30-40% опухолевого материала может не давать.

В пользу абдоминального ишемического синдрома свидетельствует выслушивание систолического шума в эпигастрии при обструкции чревного ствола или верхней брыжеечной артерии. Обструкцию чревного ствола можно определить при УЗИ, селективных аортограммах в прямой и косой проекциях, при измерении кровотока при допплерографии. Появляющаяся на фоне атеросклероза непарных ветвей брюшной аорты ишемическая болезнь органов пищеварения может сама явиться причиной развития ХП. Хроническая абдоминальная ишемия проявляется болью в животе, чаще после приёма пищи, и нарушениями моторной функции кишечника на фоне одновременных ишемических изменений в его стенке. Отсутствует клиническая картина ХП с характерными проявлениями внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ.

При хроническом преимущественно левостороннем колите, протекающим с выраженной дискинезией кишечника, наблюдаются боли в верхних отделах живота, вздутие, похудание на фоне редуцированными больными диет. Однако при колите боли уменьшаются после акта дефекации, нет ночных болей, отсутствуют выраженные нарушения внутри- и внешнесекреторной функции ПЖ; выявляются характерные изменения при ирригоскопии и/или колоноскопии.

**Окончательный клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб пациента (на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту); данных анамнеза заболевания (считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Обострение заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя); данных объективного исследования (болезненность при пальпации в эпигастральной области); данных лабораторных и инструментальных методов исследования (в ОАК – Лейкоцитоз; в ОАМ – повышена a-амилаза; УЗИ заключение: Диффузные изменения печени типа развивающегося жирового гепатоза. Спленомегалия умеренно-выраженная. Нельзя исключить острый панкреатит.) пациенту можно поставить следующий клинический диагноз:

Основной: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение.

Осложнения основного: нет.

Сопутствующий: нет.

**Лечение пациента**

Назначено консервативное лечение:

1. Диета: Исключение жирной, жареной, солёной, острой пищи.
2. Ингибитор протеаз:

Контрикал 1,0 в/м 3 раза в день

1. Спазмолитик:

Дротаверин 2,0 в/м 3 раза в день

1. Антибактериальная терапия:

Ципрофлоксацин 400,0 в/в 2 раза в день

1. Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите назначают октреотид (сандостатин). Являясь мощным ингибитором нейроэндокринных гормонов желудочно-кишечного тракта, сандостатин угнетает экзогенностимулированную и эндогенностимулированную экзокринную секрецию поджелудочной железы путем прямого действия на экзокринную ткань и снижает высвобождение секретина и холецистокинина.

Сандостатин 1,0 в/в 3 раза в день

1. Дезинтокикационная терапия:

в/в капельно:

Sol.Glucosae 5%, 800,0 + Insulini 8Ед

Sol. Ringer 800,0

Sol. NaCl 0.9% - 400.0

1. Противоотечное действие и улучшающий микроциркуляцию в ПЖ:

Пентоксифиллин 2% - 5мл вместе с NaCl 400,0

**Дневники наблюдения**

15.04.13 г.

Общее состояние пациента средней степени тяжести. Температура тела – 37,4 С.

Пациент предъявляет жалобы на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожный покров бледно-розовый, сухой, чистый. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 18 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 94 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 94 в минуту. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания.

Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул 1 раз в сутки.

16.04.13 г.

Общее состояние пациента средней степени тяжести. Температура тела – 37,3 С.

Пациент предъявляет жалобы на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожный покров бледно-розовый, сухой, чистый. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 17 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 90 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины.

Аускультация сердца – тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 90 в минуту. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания.

Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул 1 раз в сутки.

**Прогноз**

Прогноз хронического панкреатита при отсутствии адекватной терапии неблагоприятный, особенно у больных кальцифицирующим алкогольным панкреатитом при продолжении приема алкоголя. При этом быстро прогрессирует недостаточность поджелудочной железы, проявления алкогольной болезни со стороны других органов. У больных обструктивным панкреатитом для благоприятного прогноза необходимо добиться ликвидации причин, приведших к обструкции, в том числе - хирургическими методами лечения. Соблюдение диеты и правильно подобранная лекарственная терапия могут обеспечить более или менее длительное стабильное состояние больного.

**Эпикриз**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 47 лет, госпитализирован в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 14.04.2013 с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту.

На основании жалоб пациента (на ноющие боли в левом подреберье, тошноту, рвоту); данных анамнеза заболевания (считает себя больным около трёх лет, когда впервые появились ноющие тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и ухудшением общего состояния. Обострение заболевания связывает с погрешностями в диете и приёмом алкоголя); данных объективного исследования (болезненность при пальпации в эпигастральной области); данных лабораторных и инструментальных методов исследования (в ОАК – Лейкоцитоз; в ОАМ – повышена a-амилаза; УЗИ заключение: Диффузные изменения печени типа развивающегося жирового гепатоза. Спленомегалия умеренно-выраженная. Нельзя исключить острый панкреатит.) пациенту был выставлен следующий клинический диагноз:

Основной: Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение.

Осложнения основного: нет.

Сопутствующий: нет.

Назначено лечение:

Голод

Контрикал 1,0 в/м 3 раза в день

Дротаверин 2,0 в/м 3 раза в день

Ципрофлоксацин 400,0 в/в 2 раза в день

Сандостатин 1,0 в/в 3 раза в день

в/в капельно:

Sol.Glucosae 5%, 800,0 + Insulini 8Ед

Sol. Ringer 800,0

Sol. NaCl 0.9% - 400.0

Пентоксифиллин 2% - 5мл вместе с NaCl 400,0

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

Лечение продолжить.