Паспортная часть

ФИО:

Возраст: 68 лет

Пол: женский

Профессия и место работы: медсестра, пенсионерка, инвалид II группы

Место проживания:

Семейное положение: есть сестра и сын

Дата поступления в стационар: 25.09.2003

Предварительный диагноз: Цирроз печени

Осложнения: расширение вен пищевода

Сопутствующие заболевания: ИБС, синусовая тахикардия, приступы пароксизмальной тахикардии

Жалобы

Жалобы на повышенную температуру (38°С). Отмечает также проблемы с кишечником (диарея). Жалобы на слабость в ногах (особенно про ходьбе), быструю утомляемость, вялость, снижение работоспособности. Наличие кашля (сухой, редкий, преимущественно в дневное время суток). Жалобы на опоясывающие боль в груди (возникают преимущественно ночью), ощущения сильного сердцебиения. Жалобы на появление одышки (связывает с назначением нового лекарства). Одышка смешанная, возникает при ходьбе. Уменьшение массы тела.

Нет жалоб на боли в правом подреберье. Нет жалоб на непереносимость пищи.

Anamnesis morbi:

Считает себя больной с 1992 г., когда на приёме у уролога узнала, что увеличена печень. В 1994 г. впервые отметила умеьшение массы тела (постепенное). С 1996 г. обратила внимание на постоянную слабость, быструю утомляемость. В 1997 г. отмечает впервые увеличение живота (асцит). В 2002 г. заметила желтый цвет склер глаз. В сентябре 2003 г. – сильное кровотечение из вен пищевода. 08.09.2003 г. была проведена операция - гастротомия с прошиванием вен пищевода. Кровотечение больше не повторялось. После операции чувствовала сильную слабость, появился кашель. С середины сентября 2003 г. – диарея (не постоянная). С октября 2003 г. наблюдаются приступы сердцебиения, не связанные с нагрузкой. В конце октября 2003 г. – появление одышки.

Anamnesis vitae

1. Профессиональный анамнез. С 17 до 50 лет являлась донором крови. Работала медицинской сестрой на заводе. При аварийных ситуациях подвергалась действию токсичных газов (аммиак, хлор).

2. Влияние внешней среды. Живёт в городе (т.е. в экологически неблагоприятном районе: выхлопные газы, выбросы фабрик и заводов, летом – испарения от асфальта.

3. Семейный анамнез. Есть сын 1957 г. р. Сестра (родная по одному из родителей).

4. В 1989 г. в диагностическом центре выявили сморщенную левую почку. Несколько лет – бронхит, в связи с чем принимает атровент. В 1997 г. – поставлен диагноз ИБС (стенокардия). II группа инвалидности. Левая почка опущена. Аллергии на лекарства и пищевые продукты нет. Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела. Нервно-психические заболевания у себя и родных отрицает.
5. Наследственность. Мать – рак пищевода. Дед – рак гортани. Ни у кого из родственников не отмечалось диабета, атеросклероза, бронхиальной астмы, туберкулёза, артериальной гипертензии, психических расстройств, злоупотребления алкоголем. У бабушки была предрасположенность к полноте.

Рост и развитие в детском возрасте. В детстве переболела корью, скарлатиной, краснухой, ветряной оспой; без осложнений. Часто болела воспалением лёгких. Физическое и умственное развитие шло нормально, в школу пошла вовремя. Сына родила самостоятельно, без осложнений. Никогда не ставили диагнозов диабет и туберкулёз.

6. Вредные привычки. Не курит, не употребляет алкоголь и наркотические вещества. Курила 30 лет назад (на протяжении нескольких лет, немного – несколько сигарет в день), бросила.

**STATUS PRAESENS OBJECTIVUS**

##### **ОБЩИЙ ОСМОТР**

Положение: активное

Общее состояние: средней степени тяжести

Сознание: ясное

Температура: 36,6

Пульс: 86 ударов в минуту

А\Д: 140\90

ЧДД: 18

Рост:

Вес: кг.

Телосложение: гиперстеническое

Кожа: бледно-жёлтая, сухая, тургор снижен

Слизистые: Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Наблюдается небольшая субэктеричность склер.

Подкожная клетчатка: Черезмерно выражена, распределена равномерно, видимых отёков нет.

Лимфатическая система:

* Подчелюстные - пальпируются единичные, мягкие, эластические, подвижные, безболезненные.
* Шейные – не пальпируются
* Подключичные – не пальпируются
* Подмышечные – не пальпируются
* Локтевые – не пальпируются
* Паховые – не пальпируются

Мышечная система: Мышечный слой хорошо развит, тонус мышц удовл., при пальпации безболезненны.

Костная система: Осанка правильная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Врожденных аномалий нет.

Голова: Аномалий развития нет. Мозговой череп преобладает над лицевым, пальпаторно безболезненна.

Полость рта: Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки сглажены.

Шея: Шея и её контуры не деформированы, щитовидная железа не увеличена, расширения сосудов и видимой пульсации нет

# **ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

# **Осмотр**

Дыхание: Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное.

Тип дыхания: грудной

Частота дыхательных движений: 18

Форма грудной клетки: цилиндрическая, правильная, симметричная, эпигастральный угол – прямой, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются

Окружность: 85 см

Соотношение вдоха\выдоха: одинаковое

Участие вспомогательных мышц в акте дыхания: не участвуют

Осмотр кистей рук: Полиартрита, часовых стекол, контрактуры Дюпюитрена, пальмарной эритемы и барабанных пальцев нет.

# **Пальпация**

Болевые точки: болевых точек нет

Эластичность грудной клетки: Эластичность сохранена

Определение голосового дрожания: над передними, задними и боковыми отделами лёгких не усилено, над симметричными участками одинаковое.

# **Перкуссия**

1. Сравнительная: над передними, боковыми, задними отделами лёгких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочной.

Гамма звучности: сохранена над всеми отделами легких.

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра
по l. medioclavicularis- нижний край 5-го ребра
по l. axillaris anterior- 6 ребро
по l. axillaris media- 7 ребро
по l. axillaris Нижние границы правого легкого:
posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:
по l. parasternalis- -------
по l. medioclavicularis- -------
по l. axillaris anterior- 7 ребро
по l. axillaris media- 9 ребро
по l. axillaris posterior- 9 ребро
по l. scapuiaris- 10 ребро
по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:
Спереди на 2 см выше ключицы.
Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 4 см
на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:
на вдохе 4 см
на выдохе 4 см

# **Аускультация**

Сравнительная: Над передними, задними и боковыми отделами лёгких дыхание везикулярное.

Характеристика основного дыхательного шума: Дыхание везикулярное

Дополнительные звуки: не определяются

Побочные дыхательные шумы: Побочных дыхательных шумов нет

# **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр и пальпация области сердца**

Выпячивания в области сердца: Выпячивания в области сердца, видимой пульсации сердца и надчревной области нет.

Верхушечный толчок: не пальпируется

Толчок правого желудочка: не определяется

Дрожание в области сердца: не обнаруживается

Пальпация: болезненных точек нет

# **Перкуссия сердца**

# Границы относительной сердечной тупости:

# Левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

# Правая- в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

# Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

# Границы абсолютной сердечной тупости:

# Правая - по левому краю грудиныВерхняя - на уровне 4-го ребраЛевая - на 2,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

# Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Конфигурация сердца: нормальная

# **Аускультация Сердца**

1. Общая характеристика тонов:

Ясные, ритмичные.

I тон на верхушке совпадает с пульсом на лучевой и сонной артериях, выслушивается после длительной паузы, громче, продолжительнее и ниже чем II тон.

II тон на усилен над легочной артерией, выше I тона п тональности, выслушивается после паузы.

1. Расщепление: не выслушивается

2. Щелчок открытия митрального клапана: не выслушивается

3. Ритм галопа: отсутствует

4. Тахикардия 116 уд/мин

**Артериальный пульс на лучевых артериях**

на обеих руках: симметричный

ритм: правильный

частота: 116

наличие дефицита: не определяется

напряжение: нормальное

наполнение: удовлетворительное

форма: обычная

состояние сосудистой стенки: эластичная

##### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

##### **Осмотр**

### **ЖИВОТ**

Немного увеличен в размере, участвует в акте дыхания, пупок не втянут. Отсутствуют признаки расширения сосудов по типу «Голова медузы», не просвечивают полнокровные вены.

#### **Пальпация живота**

Поверхностная: Желудок безболезненный. Определяется сильная болезненность справа в области селезёнки, слева по краю рёберный дуги, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

#### **СЕЛЕЗЕНКА**

**Пальпация**

Пальпируется, безболезненна.

#### **ПЕЧЕНЬ**

**Пальпация**

Печень выступает за пределы рёберной дуги на 3см.. Край печени закруглён, плотной консистенции.

##### **МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Мочеиспускание не нарушено.

### **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

 **Обоснование Диагноза**

В результате сбора анамнеза, осмотра, объективного исследование, а так же лабораторных и параклинических иследваний были выявлены следущие синдромы:

1. Диспепсический синдром
2. Синдром гепатомегалии
3. Синдром портальной гипертензии
4. Гемморагический синдром
5. Астено-вегетативный синдром.
6. Анемический синдром

На основании жалоб больного (на быструю утомляемость, общую слабость, заторможеннсть, снижение мышечной силы), это связано с нарушением детоксицинной функции печени и накопление катаболических продуктов в крови, эти вещества угнетающе действуют на ЦНС.

**Диспепсический синдром**

На основании жалоб больного: Чувство тяжести в животе после приёма пищи, склонность к диарее, метеоризм. Эти явления возникают вследствии неспособности печени в должной степени учавствовать в пищеварении, эмульгировать жиры, способствовать их всасыванию. Увеличенная печень и селезёнка, а так же асцит – затрудняют нормальную перистальтику, всасывание и эвакуацию пищи.

**Анемический синдром**

На основании лабораторных данных (Повышен общий билирубин засчет непрямого, снижены гемоглобин и количество эритроцитов, цветной показатель в нижней границе нормы). Причинами этого является нарушение антитоксической функции печени - гепатоцеллюлярная недостаточность, нарушается инактивация, связывание, обезжиривание, выведение химических соединений, снижение синтетической функции печени и депонирующей (депонирование железа). Всё это ведёт к гемолизу эритроцитов, появлению в крови непрямго билирубина, а нарушение депонирвания ведёт к появлению гиперхромных эритроцитов.

**Синдром гепатомегалии**

На основании объективного исследования ( Край печени выступает за пределы рёберной дуги на 3см.,болезненный, при перкусии выявлено значительное увеличение размеров печени). Механизм этого процесса связан с тем, что цирроз печени – это хроническое заболевание с дистрофией и некрозом печеночной паренхимы, с развитием усиленной регенерации с диффузным преобладанием стромы, прогрессирующим развитием соединительной ткани, полной перестройкой дольковой структуры, образованием псевдодолек, с нарушением микроциркуляции и постепенным развитием портальной гипертензии. По мере гибели печеночных клеток начинается их ускоренная регенерация. Особенность ложных долек в том, что в них нет нормальных триад - нет центральных вен. В соединительно-тканных тяжах развиваются сосуды - портальные шунты. Частично сдавливаются и разрушаются выносящие вены, постепенно нарушается микроцоркуляция. Нарушается кровоток и в печеночной артерии. Происходит забрасывание крови в портальную вену - усиливается портальная гипертензия. Прогрессирует гибель печеночных клеток. В результате описанных процессов поверхность печени становится шероховатой и бугристой, увеличевается в размерах в начальной стадии.

**Синдром портальной гипертензии**

На данных анамнеза (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода), осмотра (голова медузы – расширенные околпупочные вены, расходящиеся в разные стороны от пупка) пальпации (асцит – жидкость в брюшной полости). Механизм: идет запустение вен, новообразование сосудов, возникают артерио-венозные шунты. Все это приводит к нарушению кровообращения. В течение 1мин 1,5 л крови под большим давлением переходят в воротную вену, происходит повышение давления в системе воротной вены - расширяются сосуды (геморроидальные вены, вены пищевода, желудка, кишечника, селезеночная артерия и вена). Расширенные вены желудка и нижней трети пищевода могут давать желудочно-кишечные кровотечения. Геморроидальные вены при пальцевом исследовании обнаруживаются в виде узлов, могут выпадать и ущемляться, давать геморроидальные кровотечения. Расширяются подкожные околопупочные вены - "голова медузы".

Механизм образования асцита:

а) пропотевание жидкости в брюшную полость вследствие повышения давления в

воротной вене

б) способствует также гипоальбуминемия, из-за которой резко снижается

онкотическое давление плазмы крови

в) нарушается лимфообразование - лимфа начинает пропотевать сразу в брюшную

полость.

Другие признаки портальной гипертензии: расстройства ЖКТ, метеоризм, похудание, задержка мочеотделения, гепатолиенальный синдром: спленомегалия, часто с явлениями гиперспленнизма (лейкопения, тромбоцитопения, анемия).

**Гемморагический синдром**

Основываясь на данных анамнеза (кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода, носовые кровотечения, петехиальные высыпания). Это связано с нарушением синтетической функции печени, нехваткой факторов свертывающей системы из-за гибели и функциональной недостаточности гепатоцитов.

На основании жалоб (Жалобы на ощущение скованности в ногах. Последние несколько месяцев отмечает общую слабость), анамнеза (кровотечение из вен пищевода), осмотра , объективных данных (гепатомегалия, асцит), выявленных синдромов можно поставить диагноз : Цирроз печени.