История болезни

**Хронические холецистит и гастродуоденит**

Паспортная часть

Ф.И.О: ААА.

Возраст: 12 лет.

Мать: ААА (ААА, паспорт ААА)

Отец: ААА (ААА)

Место жительства: ААА.

Дата госпитализации: 16 мая 2005 года.

Кем направлен: детская поликлиника № 2.

Диагноз при поступлении: Хронический холецистит. Хронический гастродуоденит.

Субъективное обследование

* Жалобы при поступлении:

Тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 15 – 30 минут после приёма обильной, особенно жирной, пищи и жареных блюд. Наряду с болями возникают диспепсические расстройства: ощущение горечи во рту, отрыжка воздухом, тошнота, иногда однократная рвота. Также пациент жалуется на чувство тяжести, переполнения и тупые боли в эпигастральной области.

* Анамнез заболевания:

ААА считает себя больным около года. Заболевание развивалось постепенно. Жалобы нарастали постепенно, симптомы возникали всё чаще. Течение заболевания протекает с периодами ремиссии и обострения.

Свои жалобы пациент связывает с приёмом обильной и жирной пищи.

* Эпидемиологический анамнез:

Два раза в год ОРВИ.

Пациент отрицает контакты с инфекционными больными, переливания крови. А также контакты с инфицированными больными туберкулёзом и венерическими заболеваниями. Операций пациент не переносил.

В 6 лет у пациента удалили аденоиды.

* Анамнез жизни:

ААА. в детстве перенёс такие заболевания как краснуха и паракоклюш. На данный момент у пациента хронический гастродуоденит и хронический холецистит.

По наследственности у больного мать также страдает хроническими формами гастрита и холецистита.

Пациент проживает с родителями и со старшим братом в двух комнатной квартире. Питание у пациента удовлетворительное, но семье предпочитают готовить жирную и жареную пищу. Сам пациент также отдаёт предпочтение жирной пище, такая же пища преобладает в школьной столовой.

Больной отрицает аллергию на продукты питания, как и на медикаментозные препараты.

Объективное обследование

Рост – 149 см.

Окружность грудной клетки – 65 см.

Масса тела – 37 кг.

Температура – 36,7 °С.

* Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное, осанка прямая, походка ровная. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Астенической конституции. Телесные повреждения, физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Питание удовлетворительное: над бицепсом – 1 см, у рёберной дуги – 1,3 см, около пупка – 2 см, над лопаткой (горизонтальная складка) – 1,5 см.

Кожа обычной окраски, чистая, тёплая, гладкая, нормальной влажности, средней толщины, умеренной плотности, эластичность (тургор) её в норме, целостность кожи не нарушены. Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отёков и пастозности нет. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая. Волосы и ногти не изменены.

* Местный осмотр:

Лицо, уши, нос и глаза без патологических изменений. Наружные слуховые проходы и носовые ходы без отделяемого. Слух не нарушен. Носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка конъюнктивы, полости рта глотки розовая, чистая, гладкая. Губы не изменены. Дёсны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозных и разрушенных зубов нет. Язык влажный, густо обложен белым налётом. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны не глубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос не изменён и соответствует полу.

Форма шеи обычная, с ровными контурами. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется её перешеек однородной мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями. Лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные и подмышечные) не увеличены. Грудные железы без патологии.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненные, тонус и сила их достаточные.

Целостность костей не нарушена, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Костно-суставная система развита пропорционально, деформация отсутствует. Суставы внешне не изменены (не отёчны, безболезненны и без деформаций). Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

* Сердечно – сосудистая система:

При осмотре пациента отёков не обнаружено, одышка также отсутствует. Кожные покровы и слизистые оболочки по окраске физиологичны. При осмотре выявляется верхушечный толчок, расположенный в пятом межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, выпячивания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частота сердечных сокращений составляет 81 удар в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При пальпации верхушечный толчок не высокий, умеренной силы, шириной около 1,5 см. и совпадает во времени с пульсом на лучевых артериях. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена и одинакова с обеих сторон.

Перкуторно границы сердца:

Верхняя граница – относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной линии, находится на третьем ребре, абсолютной сердечной тупости – на четвёртом ребре.

Нижняя граница – идёт от пятого правого рёберного хряща до верхушки сердца.

Левая граница – на уровне пятого межреберья расположена на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Правая граница относительной сердечной тупости на уровне четвёртого межреберья проходит по правому краю грудины; абсолютной сердечной тупости – по левому краю грудины.

Верхушка сердца – пятое межреберье 1,5 см. слева от грудины.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные (не расщеплены, нет дополнительных тонов), чистые (шумы отсутствуют) во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка 1-ый тон громче 2-го, над аортой и легочной артерией 2-ой тон громче 1-го.

Артериальное давление на правой руке 91/60 мм. рт. ст., на левой – 90/60 мм. рт. ст. Разница давления на плечевых артериях составляет 1 мм. рт. ст. Пульсовое давление 30 – 31 мм. рт. ст.

* Дыхательная система

При осмотре: грудная клетка правильной формы (астеническая), правая и левая её половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, ключицы и лопатки находятся на одном уровне. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания составляет 20 в минуту. Дыхание свободное, носовое, из носовых ходов отделяемое отсутствует. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает смешанный тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не обнаружено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка при сдавливании упругая и податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена. Поверхность их гладкая; болезненность при ощупывании рёбер, межрёберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочной звук.

Перкуторно границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия. | Правое лёгкое. | Левое лёгкое. |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | --- |
| Передняя подмышечная | 7-ое межреберье | 7-ое межреберье |
| Средняя подмышечная | 8-ое межреберье | 8-ое межреберье |
| Задняя подмышечная | 9-ое межреберье | 9-ое межреберье |
| Лопаточная | 10-ое межреберье | 10-ое межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным линиям 6 см. с обеих сторон.

Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Ширина верхушек лёгких (поля Кренига) по 5 см. с обеих сторон.

При аускультации над лёгкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание; над гортанью, трахеей и крупными бронхами выслушивается бронхиальное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не определяются. Бронхофония отрицательна с обеих сторон.

* Пищеварительная система:

Пациент отрицает какие – либо изменения стула.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшной пресс развит, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширенно. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации определяется болезненность в эпигастральной области. А также положительные симптомы Мёрфи и Кера.

При глубокой скользящей пальпации живота в левой подвздошной области на протяжении 13 см. пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки. Она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перестальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два поперечных пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом флангах живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см.. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умерено плотного цилиндра диаметром около 2 см. Она безболезненна, легко смещается вверх и вниз. На 3 см. выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, слегка болезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не пальпируются.

Печень в положении лёжа на спине и стоя не пальпируется.

Перкуторно границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя – на 6-ом ребре; нижняя – по краю правой рёберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Первый размер – по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени – 8 см.

Второй размер – по передней срединной линии – 7 см.

Третий размер – по краю правой рёберной дуги – 6 см.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в его проекции болезненна; симптомы Кера и Мёрфи положительные, симптомы Ортнера и Мюсси (френикус-симптом) отрицательные.

Селезёнка в положениях лёжа на спине и на правом боку не пальпируется.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии не определяются. При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости.

Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентеральными артериями отсутствуют.

* Мочеполовая система:

Пациент отрицает какие-либо расстройства мочеиспускания.

Поясничная область при осмотре не изменена. Отёки не выявлены. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по поясничной области в месте 12 ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

* Нервно – психический статус:

Сознание ясное, речь внятная, чувствительность в норме, походка ровная. Настроение устойчивое, ориентировка во времени, пространстве и в конкретной ситуации сохранена. Внимание устойчивое.

Предварительный диагноз

На основании жалоб пациента: боли в эпигастрии и в правом подреберье, чувство тяжести в эпигастрии и тошнота (после приёма обильной жирной пищи).

А также на основании данных полученных по пищеварительной системе: при глубокой пальпации определяется болезненность в эпигастральной области; положительные симптомы Мёрфи и Кера.

Из анамнеза заболевания: болезнь развивается в течение года с постепенным нарастанием симптомов, с периодами обострения и ремиссии.

Можно поставить предварительный диагноз: Хронический холецистит. Хронический гастродуоденит.

План обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Кал на скрытую кровь.
4. Анализ кала на яйца глист.
5. ФГДС.
6. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

Результаты исследований

1. Общий анализ крови:

Er – 4, 5 \* 10¹²

Hg – 130 г/л

Lc – 6500 Из них: эозинофилы 3%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 53%, лимфоциты 33% (лимфоцитоз), моноциты 7%.

СОЭ – 5 мм в час.

2. Общий анализ мочи:

Цвет: соломенно-желтая.

Прозрачность: прозрачная.

Среда: кислая.

Удельный вес: 1018.

L: 1 в п/з.

Er: 1 в п/з.

Белок: отрицательный.

3. Анализ кала на яйца глист:

яйца глист не обнаружены.

4. Кал на скрытую кровь:

кровь в кале не обнаружена.

5. УЗИ:

Печень: правая доля – 8, 4 см; левая доля – 4, 8 см.

Контуры ровные, границы чёткие.

Эхоструктура однородная.

Эхогенность: гиперхолиангия (стенки внутренних желчных протоков).

Желчный пузырь: 6, 9 на 2, 3 см. Песка нет. Перетяж в области дна желчного пузыря.

Поджелудочная железа: головка – 16 см; тело – 20 см; хвост – 8 см.

ЗАКЛЮЧЕНИ: Признаки холецистита. Замедленное опорожнение желчных путей при спазме сфинктера ж/в путей.

Дневник

18 мая 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 90/60 мм. рт. ст. Рs составляет 81 удар в минуту. ЧДД = 20 в одну минуту.

Язык белый, густо обложенный налётом.

Жалобы на тупые боли в эпигастральной области и в правом подреберье, диспепсические расстройства. Болезненность при пальпации в эпигастральной области, а также положительные симптомы Кера и Мёрфи.

20 мая 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 90/60 мм. рт. ст. Рs составляет 78 ударов в минуту. ЧДД = 18 в одну минуту.

Язык белый, налёт на нём не густой.

Жалобы на тупые, ноющие боли в эпигастрии и в правом подреберье (несколько слабее чем при поступлении). Но отсутствие тошноты и рвоты после приёма пищи. Положительные симптомы Кера и Мёрфи.

23 мая 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 90/60 мм. рт. ст. Рs составляет 78 ударов в минуту. ЧДД = 18 в одну минуту.

Язык чистый, без налёта.

Отсутствие жалоб на тупые, ноющие боли в эпигастрии и в правом подреберье, а также отсутствие тошноты и рвоты после приёма пищи. Отрицательные симптомы Кера и Мёрфи.

Дифференциальный диагноз

При данных болезнях (хронические гастродуоденит и холецистит) следует проводить дифференциальный диагноз с язвенной болезнью желудка и двенадцати пёрстной кишки.

При язвенном поражении, как правило, боли возникают спустя 1, 5 – 2 часа после еды (натощак) в нашем случае спустя 15 – 30 минут. Боли возникают и в ночное время, у данного пациента это не проявлялось. Боли при язвенной болезни интенсивные и приступообразные, в нашем случае тупые и ноющие. При пальпации отмечается мышечная защита (при язвенной болезни), у ААА. при пальпации живот мягкий.

При язвенных поражениях имеются склонности либо к запорам, либо к неустойчивому стулу, пациент отрицает любые нарушения стула.

Во время язвенной болезни проявляется синдром интоксикации: слабость, вялость, плохой сон, часто – головные боли, раздражительность, пациент отрицает подобные проявления.

Для течения язвенной болезни характерно сезонное обострение, а также наличие изжоги – пациент отрицает оба факта.

Кроме того, в анализе крови на скрытую кровь не была обнаружена кровь (при язвенной болезни кровь в кале характерна).

На основании данных дифференциального диагноза следует исключить у пациента язвенную болезнь желудка и двенадцати пёрстной кишки.

Лечение

Не медикаментозное:

1. Стол № 5 (с исключением жирного, острого, копчённого, жареного, специй).

2. Сбор желчегонный (настой по ½ стакана 3 раза вдень за 30 минут до еды), курс 3 – 4 недели.

3. Тюбаш (с утра натощак выпить стакан минеральной воды, лечь на правый бок, под правое подреберье, подложив грелку – длительность процедуры 30 минут). 3 раза в неделю.

4. Настой пустырника.

Медикаментозное:

1. Витамин В-1 – 1,0 мл в/м.

2. Ревит – 1 драже 3 раза в день

3. Но-шпа – по 1 таблетке два раза в день.

4. Аллохол – по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

5. Гентамицин – по 1 мл 1 раз в день в течение 7 дней.

6. Алмагель по 1 столовой ложке до еды.

Физиотерапия:

1. Электрофорез (с новокаином) – курс 7 дней.

Клинический диагноз

Пациент поступил в стационар с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 15 – 30 минут после приёма обильной, особенно жирной, пищи и жареных блюд. Наряду с болями возникают диспепсические расстройства: ощущение горечи во рту, отрыжка воздухом, тошнота, иногда однократная рвота. Также пациент жалуется на чувство тяжести, переполнения и тупые боли в эпигастральной области.

Глубокая пальпация эпигастральной области болезненна, в правом подреберье положительные симптомы Кера и Мёрфи.

Плюс ко всему, на основании данных полученных с помощью ультразвукового исследования, атак же на основании субъективного и объективного обследований был поставлен диагноз хронический гастродуоденит, хронический холецистит.

Прогноз

Хронический гастродуоденит:

Благоприятный. При рациональной диете с исключением обильной, жирной пищи, а также при профилактическом лечении в санатории в период ремиссии.

В случае не выполнение рекомендаций врача прогноз весьма серьёзный в последствии возможен переход гастродуоденита в язвенную болезнь. Что при не лечении приведёт к возможным осложнениям (пенитрация, перфорация, малигнизация, стеноз привратника, кровотечение), и к необходимости в оперативном лечении.

Хронический холецистит:

Серьёзный. При частых обострениях в дальнейшем возможно образование камней, что приведёт к применению хирургического вмешательства.

Эпикриз

ААА поступил в стационар 16 мая 2005 года (по направлению детской поликлиники № 2). С жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникали через 15 – 30 минут после приёма обильной, особенно жирной, пищи и жареных блюд. Наряду с болями возникали диспепсические расстройства: ощущение горечи во рту, отрыжка воздухом, тошнота, иногда однократная рвота. Также пациент жаловался на чувство тяжести, переполнения и тупые боли в эпигастральной области. Были положительными симптомы Кера и Мёрфи.

После прохождения курса лечения пациент отметил улучшение состояния: исчезли боли после приёма пищи, а также боли при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы Кера и Мёрфи стали отрицательными.

ААА был выписан 25 мая 2005 года, пробыв на стационарном лечении 9 дней. После выписки пациенту было рекомендовано дальнейшее соблюдение диеты, а также применение седативных средств (настойка пустырника, ромашки и др.), использование тюбаша, санаторно-курортное лечение.