ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ» им. Разумовского

Росздрава

Кафедра факультетской терапии

Зав. каф: д.м.н. профессор Шварц Ю.Г.

История болезни по медицинской генетике

Больной: Л.Л.Ф., 60 лет

Выполнила: студентка 23 гр. 4 курса, леч. ф-т Черникова О.Ф.

Проверил: асс. Аристарин М.А.

САРАТОВ – 2009г

**Общие сведения (паспортная часть)**

Фамилия, имя, отчество: Л. Л. Ф.

Возраст: 60 лет. Дата рождения: 25.08.1949г.

Пол женский. Национальность русская.

Домашний адрес:

Место и адрес работы: ИКА-23.

Профессия: медсестра.

Дата поступления в стационар: 5.11.2009г в 10 часов утра.

Дата курации: 21.11.2009г

**Жалобы при поступлении:**

Больная жалуется на жгучую боль в левом подреберье, нередко опоясывающего характера, различной интенсивности, иррадиирущую в спину. Горечь и постоянное чувство жжения во рту, особенно на кончике языка. Покраснение кончика языка.

**Предварительный анализ жалоб**

Жгучая боль в левом подреберье, нередко опоясывающего характера с иррадиацией в спину - не специфический признак, может свидетельствовать о наличие воспалительных изменений в миокарде, кишечнике, желудке, 12ти перстной кишке, почках, поджелудочной железе. Чувство жжения, горечь во рту и покраснение кончика языка может свидетельствовать о поражении органов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и печени. Таким образом, можно сделать заключение о том, что в патологический процесс в большей степени вовлечены органы желудочно-кишечного тракта. Дальнейший расспрос целесообразно проводить в направлениях следующих заболеваний: прободная язва желудка и 12ти перстной кишки, кишечная непроходимость, инфаркт кишечника, острый панкреатит, острый холецистит, приступ желчнокаменной болезни, пищевая интоксикация.

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Первые признаки заболевания появились в 1979 году, когда больная была выписана домой из больницы, где была сделана операция – аппендэктомия. Больная, находясь дома, отмечала тупую опоясывающую боль по всему животу, без четкой локализации на протяжении нескольких дней. Обратилась к врачу, после чего была госпитализирована на 3 недели в гастроэнтерологию с подозрением на холецистопанкреатит, с целью обследования и лечения. После выписки холецистопанкреатит остался под вопросом, лечение, которое, проводилось в стационаре больная не помнит, но от лекарственной терапии отмечала улучшение. До 2008 года больная никаких жалоб по данному заболеванию не предъявляла, поддерживающей терапии не проводилось. В декабре 2008 года после приёма жирной пищи появились тупые не интенсивные боли в левом подреберье. Больная приняла 1 таблетку Но-шпы, после чего боли прекратились. В лечебное учреждение не обращалась. До 7го сентября 2009 года больную ничего не беспокоило. 7.09.09г находясь в г. Саратове на курсах повышения квалификации, внезапно почувствовала резкие боли в левом подреберье, опоясывающего характера с иррадиацией в спину. Боль продолжалась 20 минут с периодическим стиханием и усилением. На следующий день больная уехала домой, где обратилась к участковому терапевту. Врачом был назначен Цефазолин внутримышечно, курсом 7 дней и белковая диета. Улучшений после лечения больная не отмечала. 15 сентября утром была сильная однократная рвота, не приносящая облегчения. Больная самостоятельно обратилась в диагностический центр, там было проведено УЗИ органов брюшной полости и ФГДС, где было выявлено хронический гастрит и хронический панкреатит. 4го ноября вечером больная почувствовала резкое ухудшение самочувствия, появились жгучие, интенсивные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину. Выпив 2 таблетки Но-шпы облегчения не было. 5го ноября больная самостоятельно обратилась в 3КГБ СГМУ, куда была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение.

**История жизни, семейный анамнез (Anamnesis vitae)**

Родилась 25 августа 1949 года в Краснодарском крае. Была первым ребенком в семье. Общие условия существования были хорошими: жила в частном доме, питание получала достаточное (с детства была «упитанным» ребенком). В школе училась хорошо. После завершения обучения в школе окончила медицинское училище, учёба давалась легко, затем работала на станции скорой медицинской помощи медсестрой. В 1970 году вышла замуж и переехала в Таджикистан, где прожила18 лет. На работе в жару пила холодную воду из-под крана, постоянно было сухоядение, часто переедала. Нередко психоэммоциональные стрессы. В 1988 году переехала с семьей в Саратовскую область. В настоящий момент жилищные условия хорошие, питание регулярное, любит острое, жаренное, жирное и копченое. Вредных привычек не имеет.

**Перенесенные заболевания**

В детстве болела инфекционными заболеваниями: корью, краснухой, ветряной оспой. Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, сахарный диабет у себя и у родственников отрицает. Травм не было. Операции - аппендэктомия в 1979году.

Половое развитие, гинекологический анамнез.

Менструации с 14 лет, цикл регулярный. Половая жизнь с 18 лет. В настоящий момент у больной менопауза. Перенесла, 7 беременностей из них 2 закончились, родами, 5 абортов. Беременность и роды были без осложнений.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Социальный анамнез благополучный, живёт с семьей.

**Клинико-гениалогическое обследование**

Мать страдала гипертонической болезнью, умерла в 63 года - третий инфаркт, тромбоз легочной артерии. Отец умер в 86 лет, заболеваний у него больная не отмечает. У больной имеется 3 сестры- 55, 52, 48 лет, про их болезни ничего не знает. Муж 61 год, 40 лет страдает остеохондрозом. Дети: сын 38 лет (в 28 лет был прооперирован по поводу доброкачественной опухоли кардиального отдела желудка), дочь 34 года (со слов больной, ни страдает, ни каким заболеванием). У сына двое детей - дочь 17лет и сын 2 месяца. У дочери 1 ребенок- сын 6 лет (после рождения был поставлен диагноз- пилоростеноз, который при обследовании не подтвердился. После чего поставлен диагноз- ферментопатия).

**Генеалогическое древо**

 +

-

 -

Семейная легенда.

2, мать пробанда страдала ИБС, умерла в 63 года.

2, пробанд 60 лет страдает хроническим панкреатитом.

1, сын пробанда 38 лет, в 28 лет был прооперирован по поводу доброкачественной опухоли кардиального отдела желудка.

3, внук пробанда 6 лет страдает ферментопатией.

**Заключение по клинико-генеалогическому обследованию**

В данном клинико-генеалогическом древе династии по какому-либо одному из признаков не наблюдается. Данное заболевание (хронический панкреатит) для пробанда является результатом воздействия факторов внешней среды.

**Общее заключение по данным анамнеза**

Данные анамнеза жизни позволяют выявить наличие у пациентки следующих факторов риска хронического панкреатита: бессистемное, нерегулярное питание, частое употребление острой и жирной пищи, гиперстенический тип сложения. Данные о развитии заболевания позволяют выделить следующие этапы: 1. Предболезнь- период воздействия факторов риска. 2. Болезнь - первое проявление болезни- с появления тупых опоясывающих болей в животе, без четкой локализации, признаков патологии ЖКТ. Такое начало заболевания в большей степени характерно для воспалительных изменений со стороны желудка, поджелудочной железы или желчного пузыря. – разгар заболевания – чередование периодов компенсации и декомпенсации в организме, может свидетельствовать о переходе острой формы заболевания в хроническую; что может быть характерно как для хронического панкреатита, так и для любой другой патологии системы пищеварения, развивающейся на фоне действия атерогенных факторов.

**Состояние в настоящее время (Status praesens universalis)**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица и глаз доброжелательное. Телосложение гиперстеническое, рост 165 см, вес 77кг. ИМТ= 28,3. Кожные покровы: обычной окраски и влажности, чистые. Тургор кожи снижен. Видимые слизистые оболочки обычного цвета, розовые. Волосы растут по женскому типу. Пальцы обычные, форма не изменена. Ногти без видимых повреждений. Затылочные, околоушные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Подкожно- жировая клетчатка хорошо выражена. Место наибольшего отложения жира - живот. Развитие мышц удовлетворительное, тонус нормальный, болезненности нет. Видимой деформации костей нет. Активные и пассивные движения в суставах не ограничены, безболезненны, отечности и деформации суставов не выявлено.

**Состояние по органам и функциональным системам**

**Система дыхания**

**Осмотр грудной клетки**

Грудная клетка гиперстеническая, без деформации, симметрична. Над- и подключичные ямки сглажены, одинаково выражены справа и слева. Межреберные промежутки не выбухают. Ключицы, лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание через нос свободное, выделений из носа нет. Тип дыхания преимущественно грудной. Дыхание ритмичное, частота дыхания 18 в минуту.

**Пальпация грудной клетки**

При пальпации грудная клетка безболезненна, резистентная. Голосовое дрожание одинаково выражено на симметричных участках грудной клетки.

**Перкуссия лёгких**

При перкуссии ясный легочный звук. Высота стояния верхушек над ключицами спереди справа и слева 3-4 см. Ширина полей Кренига 5 см. Высота стояния верхушек сзади находится на уровне остистого отростка 7го шейного позвонка.

Нижние границы лёгких.

|  |  |
| --- | --- |
| Место перкуссии |  |
| Правое лёгкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия | 5е межреберье |  |
| Срединно-ключичная линия | 6е межреберье |  |
| Передняя подмышечная линия | 7е ребро | 7е ребро |
| Средняя подмышечная линия | 8е ребро | 8е ребро |
| Задняя подмышечная линия | 9е ребро | 9е ребро |
| Лопаточная линия | 10е ребро | 10е ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11го грудного позвонка | Остистый отросток 11го грудного позвонка |

Подвижность нижнего края лёгкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Справа | Слева |
| Вдох | Выдох | Суммарно | Вдох | Выдох | Суммарно |
| Срединноключичная | 2 см | 2 см | 4 см |  |  |  |
| Средняя подмышечная | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |
| Лопаточная | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |

**Аускультация лёгких**

Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

**Осмотр сосудов и области сердца**

Видимых изменений грудной клетки в области сердца нет – сердечный горб, сердечный толчок отсутствуют. Верхушечный толчок визуально не определяется. Эпигастральной пульсации нет.

**Пальпация области сердца и сосудов**

Верхушечный толчок располагается в 5м межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Патологической пульсации над областью сердца нет.

**Перкуссия сердца**

Границы относительной тупости сердца - правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4м межреберье; верхняя - нижний край 3го ребра, слева от грудины; левая- на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5м межреберье, совпадает с верхушечным толчком. Поперечник относительной тупости сердца- 12 см. Ширина сосудистого пучка 6 см. Конфигурация сердца нормальная. Границы абсолютной тупости сердца- правая по левому краю грудины; верхняя- 4е ребро слева от грудины; левая- на 2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца, совпадает с левой границей относительной тупости сердца.

**Аускультация сердца**

Ритм сердечной деятельности правильный. Тоны громкие, ясные. Частота сердечных сокращений 86 ударов в минуту. Добавочные тоны, экстратоны отсутствуют. Патологические шумы не выслушиваются.

**Осмотр и пальпация периферических кровеносных сосудов**

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 86 в минуту, среднего наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. Сосудистая стенка гладкая.

**Аускультация сосудов**

Артериальное давление: на правой руке – 115/80 мм рт ст; на левой руке – 120/80 мм рт ст.

**Система пищеварения и органы брюшной полости**

**Осмотр ротовой полости**

Губы бледно розового цвета, нормальной влажности, без высыпаний, изъязвлений и трещин. Запах изо рта обычный. Язык сухой, обложен белым налетом, кончик языка ярко красный. Зубы требуют санации. Десны обычного розового цвета. Цвет слизистой глотки – розовый, состояние миндалин и дужек язычка в норме, глотание свободное.

**Осмотр живота**

Живот симметричный, не увеличен в объеме. Видимых выпячиваний, западаний нет. Имеется рубец в правой подвздошной области после аппендэктомии.

**Пальпация**

При пальпации умеренная болезненность в эпигастрии и области левого подреберья.

При методической глубокой скользящей пальпации по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско:

* сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, плотного, безболезненного и без урчания цилиндра, толщиной 2,5-3 см;
* \* слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, с гладкой поверхностью, безболезненна;
* \* конечный отрезок подвздошной кишки прощупывается в форме тонкостенной трубки, дающей громкое урчание;
* \* поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз в виде поперечно расположенного, дугообразного, безболезненного тяжа;
* \* большая кривизна желудка ощущается в виде «порожка», расположенного на позвоночнике на 2 см выше пупка.

Пальпация поджелудочной железы - над областью пупка отмечается незначительное увеличение, определяются зоны болезненности.

**Перкуссия**

Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком.

**Аускультация**

Выслушивается нормальная перистальтика кишечника.

Стул безболезненный, оформленный, 1 раз в сутки.

**Печень и желчный пузырь**

**Осмотр области печени**

Визуально область печени без изменений, видимого увеличения, пульсации печени и увеличения желчного пузыря не отмечается.

**Пальпация печени (по методу Образцова-Стражеско)**

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна.

Перкуссия печени.

Верхняя граница абсолютной тупости печени по правой срединно-ключичной линии расположена на уровне 6го ребра. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

**Пальпация желчного пузыря**

Желчный пузырь не пальпируется.

**Селезенка**

**Осмотр и пальпация области селезенки**

При осмотре видимых увеличений не отмечается. Селезенка не пальпируется.

**Перкуссия селезенки по Курлову**

Длинник - 7 см (по отношению к 10 ребру), поперечник - 6 см.

**Органы мочевыделения**

**Осмотр области почек и надлобковой области**

При осмотре видимых выпячиваний не отмечается, покраснений нет.

**Пальпация почек**

Почки не пальпируются.

**Перкуссия и поколачивание**

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Эндокринная система**

ИМТ равен 28,3. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не увеличена, плотная, неподвижная. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Пучеглазия (экзофтальма) нет. Окружность шеи на уровне щитовидной железы – 38 см. Симптомы: Мебиуса, Грефе, Мари – отрицательные.

**Нервная система**

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Сон не глубокий, после пробуждения возникают ощущения разбитости (на фоне постоянных тупых болей в животе).

**Заключение по данным жалоб и осмотра**

|  |  |
| --- | --- |
| Признаки | Синдромы |
| - Жгучая боль в левом подреберье, нередко опоясывающего характера, различной интенсивности, иррадиирущая в спину.- При пальпации умеренная болезненность в эпигастрии и области левого подреберья.- Поджелудочная железа незначительно увеличена | - Болевой синдром |
| - Горечь и постоянное чувство жжения во рту, особенно на кончике языка.-Гиперемия кончика языка. | - Синдром гастро-эзофагиальной дискенезии |

**Обоснование предварительного диагноза**

|  |  |
| --- | --- |
| «Критерий» диагноза | Заболевания, для которых характерен данный критерий |
| Этиология или факторы риска: бессистемное, нерегулярное питание, частое употребление острой и жирной пищи, гиперстенический тип сложения, психоэммоциональные стрессы. | - панкреатит, холецистит, ЖКБ, гастрит, язва желудка и 12ти перстной кишки. |
| Развитие заболевания.1. Предболезнь- период воздействия факторов риска. 2. Болезнь - первое проявление болезни- с появления тупых опоясывающих болей в животе, без четкой локализации, признаков патологии ЖКТ. – разгар заболевания – чередование периодов компенсации и декомпенсации в организме, может свидетельствовать о переходе острой формы заболевания в хроническую. | - хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гастрит. |
| Характер поражения органов.- Болевой синдром- Синдром гастро-эзофагиальной дискенезии | - панкреатит, холецистит. |
| Эффект от проводимой терапии:-проследить не удалось |  |

Учитывая наиболее часто встречаемость в правой половине таблицы таких заболеваний как панкреатит и холецистит, логичным будет предположить поражение поджелудочной железы и желчного пузыря. Кроме того, следует учесть что в воспалительный процесс могут быть вовлечены желчевыводящие протоки. Таким образом, наиболее обоснованной становится версия о наличии холецистопанкреатита. Говоря, об этиологии заболевания в данном конкретном случае следует, склоняться в пользу воздействия факторов внешней среды. По клинико-морфологическому признаку в данном случае холецистопанкреатит следует отнести к вторичному, поскольку в анамнезе присутствуют указания на повреждение поджелудочной железы и желчного пузыря в прошлом. Учитывая проявление первых признаков заболевания у пациентки 30 лет назад, с момента воздействия этиологического фактора в данном случае будет носить характер хронического.

**Предварительный диагноз:**

Основное заболевание: Хронический холецистопанкреатит.

Сопутствующее: Хронический гастрит.

Фоновое заболевание: Ожирение 1 степени.

План обследования

|  |  |
| --- | --- |
| Цель | Методы |
| 1. Установить активность патологического процесса | Общий анализ крови (гемоглобин, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы)Биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, амилаза, липаза, сахар, кальций)Общий анализ мочи (возможна глюкозурия)Копроцитограмма (жирные кислоты, мышечные волокна, а также количество клеток – лейкоциты, эритроциты, если они присутствуют) |
| 2. Установить наличие поражения органов мишеней | Обзорная рентгенография брюшной полостиУЗИ органов брюшной полостиЭРПХГ (исследуют сеть протоков поджелудочной железы)Компьютерная томография (позволяет выявить степень плотности ткани, различные образования в органе)УЗИ поджелудочной железы и желчного пузыря (позволяет определить размеры поджелудочной железы и желчного пузыря, степень плотности ткани поджелудочной железы, наличие кист и псевдокист и другие признаки подтверждающие диагноз хронического холецистопанкреатита)ФГДС (позволяет определить наличие повреждения желудка и 12ти перстной кишки) |

План лечения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Цели | Задачи | Средства и методы | Жизненный прогноз | Качество жизни |
| Воздействие на этиологию | Создание наиболее благоприятных условий для функционирования поджелудочной железы | Белковая диета и режим | +++ | ++ |
| Воздействие на факторы патогенеза, компенсации и саногенеза | 1.Инактивация ферментов поджелудочной железы2.Ингибировать протеолитическое действие трипсина на ткань поджелудочной железы3.Купирование болевого синдрома4.Подавление кислотности желудочного сока | Ингибиторы протеолиза (гордокс, контрикал)Препараты метаболического действия (пентоксил, метилурацил)НПВС (анальгин, баралгин)Средства угнетающие секрецию желудочного сока (циметидин, омепразол) | ++++++++ | +++++++ |
| Улучшение симптомов | Устранение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железыПрофилактика обострений | Ферментные препараты (панкреатин, холензим, фестал)Санаторно-курортное лечение | +++++ | +++++ |

**РЕЦЕПТЫ**

Rp: Omeprazoli 0,02

D.t.d. N 60 in caps.

S. По 1 капсуле 3 раза в день до еды.

Rp: Tab. Pancreatini 0,5 N.50

D.S. По 1 таблетки 3 раза в день во время еды.