**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

### МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

**УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра Хирургических Болезней №3

(зав.каф. профессор Станулис А.И.)

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Куратор:**

**Ассистент:**

 **Ф.И.О.**

 **Возраст**: 64 года.

 **Семейное положение:** Замужем.

 **Профессия: Н**а пенсии (с 50 лет).

 **Адрес:** г.Москва,

 **Дата написания ИБ:** 9.IV.2001 год.

**Жалобы при поступлении:** На головную боль, мелькание мушек перед глазами, слабость, горечь во рту, тошноту, боли в правом и левом подреберье, эпигастральной области, носящие резкий колющий характер, многократную рвоту с примесью желчи.

**Жалобы на момент осмотра:** На головокружение, тошноту, не сильные боли в правом подреберье при пальпации.

**Anamnesis Morbi.**

Считает себя больной с 30.03.2001, когда впервые появились жалобы на тошноту, колющие боли в правом подреберье. В дальнейшем отмечала нарастание болевого синдрома, появились ощущение горечи во рту, рвота. Дважды в период с 31.03.01 по 6.04.01 вызывала скорую помощь. Врачом скорой помощи было измерено АД – 200/100(со слов больной), при рабочем 130-140/80-90. С целью купирования эпизодов подъёма АД врачом скорой помощи вводился препарат Магния Сульфат 25% в/м (со слов больной). После инъекции больная ощущала существенное облегчение через 20-25 минут. 7.04.2001 года больная в третий раз вызвала бригаду скорой помощи с жалобами на мелькание «мушек» перед глазами, головная боль, боли в левом подреберье, с иррадиацией в поясничную область, колющие резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в эпигастральную область, поднялась температура до 37,8. Врачом скорой помощи был выставлен предварительный диагноз острый панкреатит(?) (измерено АД - 220/120(со слов больной)), введена магнезия, больная госпитализирована в хирургическое отделение 68 городской клинической больницы.

**Anamnesis Vitae.**

 Родилась четвертым ребенком из пяти детей. На момент рождения мать и отец здоровы. Жилищные условия – хорошие. Росла и развивалась по возрасту.

Заболевания перенесённые в детстве: Корь, ОРЗ. О проводимых профилактических прививках не помнит.

 В школу пошла с семи лет, закончила семь классов средней школы. После окончания школы устроилась на работу на ситценабивную фабрику, где проработала 15 лет. После этого поменяла место работы и проработала на 1-м часовом заводе 24 года рабочей гальванического цеха (имела профессиональные вредности – контакт с электролитами и растворителями (ацетон). На пенсии с 50 лет.

Менструация с 13 лет регулярные безболезненные. Имеет двоих здоровых детей (беременности в 28 и 40 лет). Первая беременность протекала с осложнениями, гестозом второй половины беременности. Вторая – без особенностей. Роды самостоятельные. Менопауза с 41 года, после рождения второго ребенка.

Вредных привычек – нет.

Наследственный анамнез – не отягощён.

Перенесённые заболевания: страдает сахарным диабетом с 1980 года, артериальной гипертензией с 1990 года. В 1985 году обратилась к терапевту по поводу болей в поясничной области, направлена на обследование к урологу - диагносцировано уменьшение в размерах левой почки (со слов больной)

Психические заболевания, венерические болезни, болезни крови, туберкулёз, травмы, операции отрицает.

Аллергологический анамнез – единожды в жизни отмечала аллергическую реакцию, по типу крапивницы, на приём антигипертензивного препарата иностранного производства, названия которого не помнит.

Материально обеспечена. Условия жизни – хорошие. Питание полноценное (диета с ограничением количества углеводов), 3-х разовое.

**ОБЩИЙ ОСМОТР.**

 Состояние больной на момент курации удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостенического телосложения, повышенного питания (ожирение 1-2 степени). Кожные покровы телесной окраски, сухие, эластичность кожи снижена, тургор ткани снижен, отёков нет. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо (толщина кожной складки на уровне пупка до 7-8 см.), наибольшие отложения жира отмечаются на животе и бёдрах.

Доступные для пальпации лимфатические узлы не увеличены.

Мышцы развиты удовлетворительно, эластичные, тонус их сохранён.

Суставы нормальной конфигурации, безболезненные, кожа над суставами не изменена, движения в суставах в полном объёме, безболезненные.

Костная система развита хорошо. Осанка правильная. Пальпируемые кости не деформированы, безболезненны.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

 **Жалобы.**

Жалоб не предъявляет.

 **Осмотр.**

Дыхание через нос, свободное. Голос звучный. Грудная клетка конусовидная, симметричная. Обе половины грудной клетки одинаково принимают участие в акте дыхания. Дыхание нормальной глубины, грудной тип, ритмичное. ЧДД – 17 в минуту.

 **Пальпация**

Без особенностей.

 **Перкуссия**

 *Топографическая перкуссия*:

Нижние границы лёгких.

Правое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 7 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 8 ребро;

l. scapularis – 9 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 10.

Левое лёгкое:

l. parasternalis – 6 ребро;

l. medioclavicularis – 6 ребро;

l. axillaris anterior – 7 ребро;

l. axillaris media – 8 ребро;

l. axillaris posterior – 9 ребро;

l. scapularis – 10 ребро;

l. paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 11.

Границы верхнего края лёгких:

## Правое лёгкое:Спереди на 3,5 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Левое лёгкое:

Спереди на 3 см выше ключицы; Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

*Сравнительная перкуссия.*

Над симметричными участками лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук.

 **Аускультация**

Дыхание везикулярное на всём протяжении лёгочных полей.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

**Жалобы.**

На чувство головокружения, мелькание «мушек» перед глазами, чувство тяжести в затылке. Частые головные боли. С 1990 года эпизодически принимала гипотензивные средства (дибазол, папазол, раунатин) в случаях повышения артериального давления до 160-170/100-110 мм.рт.ст. В течение последних 2-3 месяцев принимает Капотен по 1 таблетке 2 раза в сутки. Рабочее АД-140/80.

 **Осмотр**

Пульсации у основания сердца, в области верхушечного толчка, надчревной области не наблюдается.

 **Пальпация**

Верхушечный толчок определяется по 5-му межреберью 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Нормальной высоты, умеренной силы, нерезистентный. Пульс симметричный, частотой 75 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения.

 **Перкуссия**

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины
Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae
Левая - в 5-м межреберье, на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Сосудистый пучок выходит за пределы грудины в 2-м межреберье на 1.5 см. Поперечник сосудистого пучка – 8 см.

**Аускультация**

Тоны сердца ритмичные, звучность тонов приглушена. ЧСС- 80 уд. в мин.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

 **Жалобы.**

Жалоб не предъявляет.

 **Осмотр**

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки пропальпировать не удалось. Симптом поколачивания в области поясницы – слабоположительный справа, слева - отрицательный. Болезненность при пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Перкуторно мочевой пузырь не выступает над лобковым сочленением. Дизурических явлений нет.

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИCСЛЕДОВАНИЕ**

Жалоб нет.

Сознание ясное, настроение спокойное. Реакция зрачков на свет живая D=S.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

 **Жалобы (на момент курации)**

 На чувство горечи во рту, боли в эпигастральной области, правом подреберье, носящие тупой характер, изжогу, запоры (страдает с молодого возраста, использует препараты сенны).

 **Осмотр.**

 Язык влажный, с отпечатками зубов, покрыт серовато-желтоватым налётом. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации выявляется умеренная болезненность в правом подреберье, эпигастральной области. Сигмовидную, поперечно-ободочную, слепую кишку, нижний край печени, желчный пузырь, селезёнку пропальпировать не удалось ввиду тучности больной. При пальпации по ходу поджелудочной железы отмечается нерезкая болезненность, поджелудочную железу пропальпировать не удалось. Симптом Ортнера – слабо положительный справа, при поколачивании по реберной дуге слева выявляется нерезкая болезненность; симптом Василенко – слабо положительный, френикус-симтом (Мюсси) – положительный справа; симптом Мерфи – положительный; симптом кашлевого толка – отрицательный; симптом Мейо-Робсона - отрицательный.

Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Границы печени по Курлову: l.med.clavicularis 12 cm; l.ma – 11cm; лев реб.

Дуга 9 см. При перкуссии отмечается нерезкая болезненность. Верхняя граница селезёнки на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника ритмичный, средней громкости.

# ПРЕДВАРИТЕЛБНЫЙ ДИАГНОЗ

 На основании жалоб на чувство горечи во рту, изжогу, тошноту, неоднократную рвоту, боли в правом подреберье, носившие острый, колющий характер с иррадиацией в эпигастральную область, купировавшиеся инъекционным введением магнезии, положительные сиптомы Ортнера, Мюсси, Мёрфи; поставлен предварительный диагноз – острый холецистит.

**План Обследования.**

1. Общий анализ мочи + -амилаза мочи + ацетон;
2. Общий анализ крови;
3. Групповая принадлежность + Rh-фактор + анти Rh-AT;
4. Биохимический анализ крови (билирубин, мочевина, остаточный азот, креатинин, общий белок);
5. УЗИ брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, почки) ;
6. ЭФГДС;
7. RW, ВИЧ, Hbs-АГ;
8. Сахарный профиль;
9. ЭКГ;
10. Флюорография грудной клетки;

# План лечения

1. Хумулин – 6 Ед. 4 раза в сутки (9-14-18-22) п/к;
2. Спазмолитики (Но-шпа; Платифиллин; Папаверин);
3. Аналгетики ненаркотические (Анальгин + Димедрол; Баралгин) при болях;
4. S. NaCL 0,9% - 400,0 + S.Novocaini 0,25%-100,0 – в/в капельно;
5. Местно на область желчного пузыря – холод;
6. Ограничить приём пищи, щелочное питьё;
7. Антацидные препараты (Альмагель А по 1 ст. ложке 3 раза в день);

Планируется выполнение плановой операция холецистоэктомии

# Данные лабораторных и инструментальных исследований

УЗИ брюшной полости от 7/IV/2001

Почки средних размеров, почечные синусы расширены, повышенной эхогенности. Заключение: Эхографическая картина хронического пиелонефрита.

 УЗИ брюшной полости от 7/IV/2001 Cito!

Печень увеличена, диффузно – неоднородной структуры.

Pancreas: головка 3,9 см, тело 1,7см, хвост 2,2 см; неоднородной структуры, повышенной эхогенности с участками пониженной эхогенности. По латеральному контуру гиперэхогенный серп толщиной 0,2 см, ткань железы отёчна.

Желчный пузырь размером 8,5x3,3 см стенка тонкая, в просвете яркие эхогенные образования до 0,3 см и сгущенная желчь. Холедох не расширен

Заключение: Эхографическая картина о. Панкреатита, хр.калькулёзного холецистита, увеличение и дистрофические изменения печени.

 Анализ мочи от 7/IV/2001

Цвет – жёлтый;

Прозрачность – полная;

Плотность –

Реакция - кислая;

Белок – ABS;

Глю – 4%;

Кетоновые тела - +++;

Эпителий – 3-5 в поле зрения;

Лейкоциты – до 30 в поле зрения;

Эр. Неизменённые – 0-1 в поле зр.;

 Общий анализ крови от 7/IV/2001

Гдюкоза натощак – 13.3

Hb – 161,0

Эр – 5,6

Цветовой показатель – 0,9

Тр – 210,0

Leu – 14,7

 ЭКГ от 7/IV/2001

Ритм синусовый. Одинарная предсердная экстрасистола. Нормальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка.

P-Q – 0,14

QRS – 0,08

 Биохимический анализ крови от 9/IV/2001

Общ. Белок – 66,0

Мочевина – 17,3

Креатинин – 16,9

Билирубин – 9,5

Глюкоза натощак – 13,1

 Общий анализ крови от 9/IV/2001

RBC – 4,77 MCHC – 335

HCT – 42,1 PLT – 306

MCV – 88,1 PCT – 0,35

RDW – 9,7\* MPV – 10,6

HGB – 141 PDW – 14,2

MCH – 29,5 WBC – 12,6\*

MID – 0,9 Lymf – 4,5\*

Gran – 7,2\*

Палочкоядерные – 11

Сегментоядерные – 60

Эозинофилы – 1

Лимфоциты – 20

Моноциты – 8

СОЭ – 20

 Анализ крови на Групповую и резус принадлежность

Группа крови – В (III) Rh+; Анти Rh-AT не обнаружены;

 Анализ мочи от 9/IV/2001

S.G >= 1,030

pH – 5,0

Glu – 1110 mmol/l

URO – Norm

Ley – 25\*

VTC – 0,6 mmol/l\*

Амилаза мочи - 58

 Анализ мочи на уровень глюкозы от 10/IV/2001

12-00 – 15,2

21-00 - 10,0

 ЭФГДС от 10/IV/2001

М/а лидокаин 10%-0,7

ГИФ. Пищевод свободно проходим, стенки его эластичные, слизистая в н/3 отёчная с полосами и очагами гиперемии. Складки утолщены. Привратник деформирован проходим.

Луковица 12 п.к. деформирована, слизистая её отёчная, гиперемированная с язвенным дефектом на передней верхней стенке до 1 см в диаметре, дно его выполнено фибрином.

Заключение: Хр.язва луковицы 12 п.к. Выраженный гастродуоденит. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит.

# ДНЕВНИК

**10/IV/2001**

 Больная предъявляет жалобы на постоянные боли в правом подреберье, эпигастральной области. Объективно: ЧДД=10 в мин, при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=76 уд/мин, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, правом подреберье, При пальпации по ходу поджелудочной железы отмечается нерезкая болезненность, симптом Мерфи слабо положительный, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,7°С.

**11/IV/2001**

Жалобы прежние и присоединились жалобы на головные боли в области затылка, головокружение (связывает с вынужденной отменой антигипертензивного препарата(капотен)). Объективно: ЧДД=12 в мин, А/Д 170/100 мм.рт.ст при аускультации легких – везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=70 уд/мин, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, симптом Мерфи отрицательный, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,8°С.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 Наличие у больной, изжоги, болей в эпигастрии и правом подреберье купирующихся после в/м введения р-ра Магния Сульфата, болезненности при пальпации в эпигастрии и правом подреберье; данных ЭФГДС – : Хр.язва луковицы 12 п.к. Выраженный гастродуоденит. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит; позволяют предположить, что симптоматика обусловлена обострением язвенной болезни 12 п.к.и деформацией луковицы 12 п.к., однако наличие у больной чувства горечи, сухости во рту, болей в правом подреберье, иррадиирующих в эпигастральную область, тошноты, многократной рвоты со сгустками и примесью желчи, положительного симптома Мерфи, Ортнера, Френикус, данных УЗИ - Желчный пузырь размером 8,5x3,3 см стенка тонкая, в просвете яркие эхогенные образования до 0,3 см и сгущенная желчь. Диффузные изменения структуры печени, увеличение её размеров, сдвига лейкоцитарной формулы влево, незначительное увеличение СОЭ позволяют поставить диагноз – хронический калькулёзный холецистит в стадии обострения.

 Наличие болей в эпигастрии, боли при пальпации по ходу поджелудочной железы, данные УЗИ – pancreas неоднородной структуры, повышенной эхогенности с участками пониженной эхогенности. По латеральному контуру гиперэхогенный серп толщиной 0,2 см, ткань железы отёчна. Позволяют думать об остром панкреатите, как об основном заболевании, но поскольку, отсутствует повышение уровня амилазы крови, болевой синдром выражен не резко, мы можем думать об остром панкреатите только как об осложнении основного заболевания.

 Исключить острый аппендицит позволяют: локализация болей в правом подреберье их иррадиацией в правое надплечье, многократная рвота с примесью желчи, отсутствие симптома Щеткина-Блюмберга, данные УЗИ брюшной полости,

присутствие симптома Мёрфи.

 Исключить инфаркт миокарда позволяют данные ЭКГ от 7/IV/2001 - Ритм синусовый. Одинарная предсердная экстрасистола. Нормальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка.

P-Q – 0,14

QRS – 0,08

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ.**

 Больной показано оперативное лечение – плановая операция холецистэктомия, однако, учитывая сопутсвующие заболевания – инсулинозависимый сахарный диабет, гипертоническую болезнь, хр. язву луковицы 12 п.к. и связанный с этим операционный риск, и риск развития послеоперационных осложнений, больной рекомендовано консервативное лечение: 1) Спазмолитики;

2) Ненаркотические Аналгетики (при болях);

3) Антацидные и противоязвенные препараты;

4) Препараты для стабилизации АД;

5) Консультация у эндокринолога;

# Эпикриз

 Больная Соина Валентина Фёдоровна поступила в хирургическое отделение 68 ГКБ с жалобами на острые, распирающие боли в правом подреберье, иррадиирующие в эпигастральную область и купирующиеся в/м введением Магния Сульфата; чувства горечи, сухости во рту, тошноту, многократную рвоту со сгустками и примесью желчи, не приносящую облегчения, из анамнеза: на момент поступления болеет 9 –ый день, в последние три дня – значительное ухудшение состояния, которое выражалось в нарастании симптоматики. Подобный приступ – впервые. Объективно: При пальпации выявляется умеренная болезненность в правом подреберье, эпигастральной области. При пальпации по ходу поджелудочной железы отмечается нерезкая болезненность. Симптом Ортнера – слабо положительный справа, при поколачивании по реберной дуге слева выявляется нерезкая болезненность; симптом Василенко – слабо положительный, френикус-симтом (Мюсси) – положительный справа; симптом Мерфи – положительный; симптом кашлевого толка – отрицательный; симптом Мейо-Робсона - отрицательный.

Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: ЭФГДС – : Хр.язва луковицы 12 п.к. Выраженный гастродуоденит. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит; позволяют предположить, что симптоматика обусловлена обострением язвенной болезни 12 п.к.и деформацией луковицы 12 п.к; УЗИ- Желчный пузырь размером 8,5x3,3 см стенка тонкая, в просвете яркие эхогенные образования до 0,3 см и сгущенная желчь. Pancreas: головка 3,9 см, тело 1,7см, хвост 2,2 см; неоднородной структуры, повышенной эхогенности с участками пониженной эхогенности. По латеральному контуру гиперэхогенный серп толщиной 0,2 см, ткань железы отёчна. Диффузные изменения структуры печени, увеличение её размеров; сдвига лейкоцитарной формулы влево, незначительное увеличение СОЭ. Диагноз – хронический калькулёзный холецистит в стадии обострения, осложнённый острым катаральным панкреатитом

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. «Хирургические Болезни» - учебник для студентов медицинских ВУЗов. Москва. «Медицина». 1986.
2. «Практикум по факультетской хирургии» - учебно-методическое пособие под редакцией проф. Родионова В.В. Москва 1979.
3. «Курс пропедевтики внутренних болезней в схемах и таблицах» В.В.Шедов. И.И.Шапошников. Москва 1995
4. «Пропедевтика Внутренних болезней» Москва. «Медицина» 1974.
5. «Терапевтический Справочник» второе русское издание. «Практика». Москва 2000.