ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития

Кафедра факультетской терапии, физиотерапии и традиционной медицины

Зав. кафедрой - профессор, доктор медицинских наук Владимирский Е.В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Пермь 2012

Общие сведения о больном

. Ф.И.О.:

. Возраст: 75 лет

. Пол: женский

. Образование: среднее

. Место работы и должность: пенсионер

. Место жительства:

. Дата поступления в клинику:

. Предварительный диагноз:

Основное заболевание: язвенная болезнь ДПК, обострение. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Бульбит.

Сопутствующие заболевания: АГ II стадии II степени III группа риска

. Окончательный клинический диагноз:

Основное заболевание: Язвенная болезнь ДПК, обострение.

Осложнение основного заболевания: Хронический вторичный билиарный панкреатит.

Сопутствующие заболевания: Хронический атрофический гастрит. Хронический бескаменный холецистит. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, III группы риска. Хроническая анемия.

Расспрос (Anamnesis)

. Основные жалобы больного при поступлении

На момент поступления больная предъявляла жалобы на боли в области эпигастрия, в правом и левом подреберьях, ноющего характера с иррадиацией в спину. Связь с приемом пищи отмечает не всегда, так же бывают ночные боли. Кроме того отмечает постоянную отрыжку воздухом и изжогу, чувство тяжести после еды, частые запоры.

. Анамнез настоящего заболевания, или ближайший анамнез (Аnamnesis morbi)

Больная страдает язвенной болезнью с 1979 года (33 года), наблюдается у участкового терапевта. В последние 3-5 лет обострений язвенной болезни ДПК не отмечает. С 2008 года появились боли в левом подреберье ноющего характера, преимущественно не связанные с приемом пищи. В связи с этим больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение, где был установлен диагноз-хронический панкреатит. Последнее обострение с осени 2011 года, когда вновь появились боли в левом подреберье, ноющего характера с иррадиацией в спину, не связанные с приемом пищи. Принимала Омез, Маалокс, Пензитал, Мезим, что приносило временное облегчение. Участковым терапевтом была направлена в гастроэнтерологическое отделение на лечение и обследование.

. Общий анамнез, или расспрос о функциональном состоянии различных органов и систем (Anamnesis communis; status functionalis)

Общее состояние: общее самочувствие больной удовлетворительное. Недомогание, общую слабость, повышенную утомляемость не отмечает. За последние годы снижение массы тела не отмечает. Бывают головокружения, мелькание черных пятен перед глазами. Обморочных состояний, ощущения «ползания мурашек», онемение отдельных частей тела, кожный зуд не наблюдаются.

Дыхательная система

Дыхание через нос свободное. Выделений из носа, носовых кровотечений нет. Жалоб на ощущение сухости, царапанья в горле, охриплость голоса нет. Затруднения при глотании и боли в горле отсутствуют.

Кровохарканья, болей в грудной клетке, приступов удушья, болей не отмечает.

Сердечно - сосудистая система

Ощущений сердцебиения, перебоев в работе сердца не отмечает.

Больная жалуется на умеренно выраженные давящие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке, ходьбе на расстояние 100 м. Боли не иррадиируют, длятся до 20 минут, купируются покоем. Ничем не сопровождаются.

Отеков, перемежающейся хромоты нет.

Система органов пищеварения

Аппетит сохранен. Отвращения к пище нет. Насыщаемость нормальная.

В сутки потребляет 1,5-2 литра жидкости. Ощущение сухости во рту, повышенную саливацию не отмечает.

Вкус во рту обычный.

Жевание хорошее, глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное, безболезненное.

Бывает отрыжка воздухом и изжога, а так же чувство тяжести после еды. Отмечает постоянную ноющую боль в левом подреберье с иррадиацией в спину.

Стул не регулярный. Частые запоры. Кал оформленный, коричневый. Остатки непереваренной пищи, слизь, кровь, гной в кале отсутствуют. Отхождение газов свободное. Болезненности в заднем проходе при акте дефекации, жжения и зуда в области заднего прохода не наблюдается.

Система мочеотделения

Болей в поясничной области нет.

Мочеиспускание не затруднено, частота мочеиспускания 5-6 раз в сутки. Дизурических явлений при мочеиспускании, непроизвольного мочеиспускания нет.

Цвет мочи соломенно-желтый. Моча без примеси крови.

Опорно-двигательная система

Болей в костях конечностей, суставах, позвоночнике, в плоских костях (ребра, грудина) не отмечает. Припухлости суставов, покраснения кожи над ними, повышения местной температуры нет. Утренней скованности, ограничения объема движений, болей при движении не наблюдается.

Болей в мышцах нет. Отмечает боль в мелких суставах кистей, наблюдается по поводу ревматоидного артрита длительное время.

Эндокринная система

Не наблюдается нарушения роста и телосложения. Ожирение по абдоминальному типу. Чрезмерной сухости кожи, ее огрубения, появления багровых линейных рубцов, пигментации, повышенной потливости не отмечает. Оволосение по женскому типу. Избыточного развития волосяного покрова нет.

Нервная система

Сон чуткий, прерывистый. Настроение спокойное. Не наблюдается резкой смены настроения, вспыльчивости, раздражительности, апатии, депрессии. Больная общительна. Память на настоящие и прошлые события сохранена. Внимание сохранено.

Отмечает головную боль. Зрение снижено, больной пользуется очками. Состоит на учете у офтальмолога по поводу глаукомы. Слух снижен. Пациентка отмечает шум в ушах при подъеме АД. Обоняние, осязание и вкус сохранены.

. История жизни (Anamnesis vitae)

язвенная болезнь двенадцатиперстная кишка

Родилась в срок. Родители на момент рождения ребенка были здоровы. Их возраст составлял 26 лет. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Перенесенные в детстве болезни не помнит.

Начала учиться с 7 лет, успеваемость хорошая. Образование среднее (окончила техникум).

Трудовой анамнез. Начала работать с 18 лет (в детском мире). С 24 лет работала по специальности (товаровед в детском мире). В настоящее время не работает. Пенсионер по стажу (с 2008 года).

Вредные (негигиенические) привычки. Не курит. Спиртные напитки употребляет эпизодически. Употребление наркотиков отрицает.

Перенесенные ранее заболевания. В течение 33 лет страдает хронической язвенной болезнью ДПК. Ревматоидным артритом. Венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Дизентерией, брюшным тифом, ОРЛ не болела. Травм, операций не было.

Семейный анамнез. Вдова. В настоящее время проживает одна. Имеет 2 детей. Конфликтов в семье нет. Бытовые условия хорошие (благоустроенная квартира). Питание регулярное, 3-4 раза в день. Питается дома, соблюдает диету (сниженное потребление жирной, жареной пищи). Спортом не занимается.

Наследственность. Дочь умерла от рака молочной железы в 2003 году. Родители умерли в 83, 84 года. В семье не было инфекционных гепатитов, ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний, туберкулеза, психических, аллергических заболеваний, сахарного диабета.

Аллергологический анамнез. Противопоказан пилокарпин из-за глаукомы. Непереносимость платифиллина и метацина(крапивница).

Гемотрансфузий не было.

Объективное (физикальное) исследование (status praesens objectivus)

. Наружное обследование

Общий осмотр больного. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Выражение лица спокойное. Телосложение по нормостеническому типу. Рост 158 см, масса тела 69 кг. ИМТ=27.1 кг/м2, ожирение I степени. Походка ровная.

Кожные покровы. Кожные покровы бледные. Патологической пигментации и депигментации участков кожи не наблюдается. Сыпи, чешуйки, струпы, эрозии, трещины, трофические язвы, кровоизлияния, телеангиэктазии отсутствуют. Наблюдается сухость кожных покровов, следов расчесов нет. Эластичность и тургор кожи снижены.

Волосяной покров. Оволосение по женскому типу. Развитие волосяного покрова на голове, лице, в подмышечной области в пределах нормы. Ломкости волос нет. На голове волосы седые. Ногти правильной формы, неломкие, поперечной исчерченности нет.

Видимые слизистые. Видимые слизистые физиологической окраски. Высыпаний на слизистых нет.

Подкожная жировая клетчатка. Подкожная жировая клетчатка развита чрезмерно. Толщина кожной складки выше правой реберной дуги 2.0 см. Ожирение по абдоминальному типу.

Отеков и пастозности нет.

Лимфатические узлы. Подчелюстные, шейные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система. Степень развития мускулатуры достаточная. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Мышечный тонус нормальный. Мышечная сила сохранена. Болезненность при ощупывании, судороги, тремор отсутствуют.

Костная система. Скелет развит пропорционально. Деформации мелких суставов кистей. Утолщения дистальных фаланг пальцев рук и ног по типу «барабанных палочек» не выявлено. Болезненности при поколачивании костей (грудины, ребер, трубчатых костей конечностей, позвоночника) нет. При пальпации не наблюдается наличие утолщения, неровности, размягчения костей. Деформации позвоночника не выявлено.

Суставы. Конфигурация мелких суставов кистей изменена. Объем активных движений сохранен. Хруст, болезненность при движениях, изменение цвета кожи и повышение местной температуры над суставами отсутствуют.

. Система органов дыхания

Верхние дыхательные пути. Дыхание через нос свободное. Выделений из носа нет. При перкуссии в области фронтальных и гайморовых придаточных пазухах носа болезненности нет. Голос громкий, неосиплый. Пальпация области гортани безболезненна.

Осмотр грудной клетки. Грудная клетка симметричная, нормостенической формы. Эпигастральный угол тупой. Выбуханий надключичных пространств нет.

Тип дыхания смешанный. Дыхание умеренной глубины. ЧДД=16 в мин. Ритм дыхания правильный. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки. Болезненности при пальпации мышц, ребер, межреберных промежутков, в точках выхода межреберных нервов не отмечается. Резистентность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание не изменено. Шум трения плевры не определяется.

Окружность грудной клетки при спокойном дыхании 96 см, на высоте глубокого вдоха - 98 см, выдоха - 94 см.

Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия легких: перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких.

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы легких | Справа  | Слева  |
| Высота стояния верхушек легких спереди  | 3 см | 3 см |
| Высота стояния верхушек легких сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка  | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Ширина поля Кренига | 7 см | 6,5 см |
| Нижняя граница | Справа  | Слева  |
| Окологрудинная линия | V ребро |  |
| Срединноключичная | VI ребро |  |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия  | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия  | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Аускультация легких. Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Побочные дыхательные звуки (хрипы, шум трения плевры, звук плеска, звук падающей капли) не выслушиваются. Бронхофония не изменена, одинакова с обеих сторон.

. Сердечно-сосудистая система

Осмотр области сердца и крупных сосудов. Выпячивания грудной клетки в области сердца не выявлено. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, на 1,5 см кнаружи от СКЛ. Сердечного толчка нет. Надчревная пульсация отсутствует. Сосуды при внешнем осмотре не изменены.

Пульс на лучевых артериях. Симметричный на левой и правой руках. Ритмичный, частота - 70 в мин. Дефицита пульса нет. Пульс полный, умеренного напряжения, форма не изменена. Сосудистая стенка вне пульсовой волны мягкая.

Пальпация области сердца. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, на 1,5 см кнаружи от СКЛ. Верхушечный толчок разлитой, низкий, слабый, резистентность снижена. Ощущение дрожания в области сердца отсутствует. Кожной гиперестезии, гиперальгезии в области сердца нет.

. Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница  | На 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье |
| Левая граница  | На 2.0 см кнаружи от СКЛ в V межреберье (слева) |
| Верхняя граница | По нижнему краю III ребра слева |

Границы абсолютной тупости сердца

|  |  |
| --- | --- |
| Правая границаПо левому краю грудины в IV межреберье |  |
| Левая граница | На 2.0 см кнутри от СКЛ в V межреберье (слева) |
| Верхняя граница | На уровне IV ребра слева |

Талия сердца в III межреберье относительно левой парастернальной линии сохранена. Ширина сосудистого пучка - 7.5 см. Поперечник сердца - 15.5 см. Конфигурация сердца аортальная.

Аускультация сердца. Ритм правильный, двухчленный. ЧСС = 70 уд/мин. Тоны приглушены. На верхушке сердца и ослабление I тона, над мечевидным отростком I тон сохранен. II тон (над аортой и легочной артерией) сохранен. Акцент II тона во II межреберье справа от грудины (над аортой). Расщепления, раздвоения тонов не наблюдается. Шумов не наблюдается.

АД=140/90 мм рт. ст.

5. Система пищеварения

Осмотр области рта. Язык физиологической окраски, влажный, без налета. Сосочки сглажены. Трещин, язвочек, афт нет. По краям языка отпечатки зубов.

Кариозных зубов, зубных протезов нет.

Десны физиологической окраски. Гнойных выделений, афт, язв, кровоточивости, некроза нет.

Слизистая мягкого и твердого неба физиологической окраски; без налета, изъязвлений, трещин, афт, пигментации, кровоизлияний, уродств.

Зев физиологической окраски, без отека. Миндалины не гипертрофированы, без налета, гнойных включений и некрозов нет.

Исследование живота.

*Осмотр.* Кожные покровы живота чистые, физиологической окраски. Живот увеличен за счет отложения подкожной жировой клетчатки. Окружность живота на уровне пупка 118 см. Видимой через брюшные покровы пульсации и перистальтики нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Подкожные венозные анастомозы не расширены. Паховых, послеоперационных грыж, грыж белой линии живота, послеоперационных рубцов нет.

*Перкуссия живота.* При перкуссии живота наличие свободной жидкости в брюшной полости (асцита), симптом флюктуации не определяется. Симптом Менделя положительный.

*Пальпация живота:*

Поверхностная (ориентировочная). Брюшная стенка не напряжена. Пальпация безболезненна. Симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) отрицательный.

Глубокая пальпация. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотного цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, не урчащая, смещается влево и вправо на 2-3 см.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, в виде умеренно напряженного цилиндра, диаметром 2 см, безболезненная, урчит при надавливании.

Восходящая и нисходящая части ободочной кишки, поперечно-ободочная кишка, желудок не пальпируются.

*Пальпация печени.* Нижний край печени у края реберной дуги, острый, безболезненный, мягкий. Поверхность печени гладкая. Пульсации печени нет. Ординаты по Курлову: I - 9 см; II - 8 см; III - 7 см.

*Пальпация желчного пузыря.* Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси положительные.

Селезенка не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется. В точке Дежардена, зоне Шоффара отмечается болезненность.

*Аускультация живота.* Нижняя граница желудка аускультативно определяется на уровне 2 см выше пупка. Перистальтика выслушивается над всей поверхностью живота.

. Система мочеотделения

Припухлости, гиперемии кожи в поясничной области нет. Симптом сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточника не определяется. Мочевой пузырь не пальпируется.

. Эндокринная система

Осмотр и пальпация щитовидной железы. Щитовидная железа не пальпируется. Экзофтальма, глазных симптомов (Мебиуса, Грефе), мелкого тремора пальцев вытянутых рук, повышенного блеска или тусклости глазных яблок нет.

Нарушений со стороны роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела не обнаружено.

. Нервная система

Походка ровная, координация движений не нарушена. Сухожильные рефлексы сохранены. Речь нормальная. Парезов и параличей конечностей нет.

. Психическое состояние

Больная ориентируется во времени, пространстве и в конкретной ситуации. Последовательность и логичность речи и мышления не нарушены. Память на текущие и прошлые события сохранена. Настроение ровное.

Предварительный диагноз и его обоснование

На основании жалоб больной на постоянные ночные ноющие боли, изжогу, чувство тяжести после еды и отрыжку воздухом;

на основании анамнеза заболевания, где говорится о наличии у пациентки с 1979 г. болей в эпигастрии редко связанные с приемом пищи, часто возникающие ночью;

на основании данных объективного осмотра: при пальпации области эпигастрия положительный симптом Менделя, можно поставить предварительный диагноз основного заболевания: язвенная болезнь ДПК, обострение.

На основании жалоб больной на возникшие боли в левом подреберье и эпигастрии ноющего характера с иррадиацией в спину и не имеющие связи с приёмом пищи, а так же симптомов болезненности в зоне Шаффара и точке Дежардена можно выявить осложнение основного заболевания: хронический билиарный вторичный панкреатит.

На основании данных анамнеза заболевания, где говорится, что больная в течение 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст.; среднесуточная величина артериального давления - 140-150/90 мм рт. ст.; на основании данных измерения артериального давления на плечевых артериях можно

поставить предварительный диагноз сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь IIстадия, II степень, III группа риска.

Предварительный диагноз:

Основное заболевание: язвенная болезнь ДПК, обострение.

Осложнение основного заболевания: хронический билиарный вторичный панкреатит.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь IIстадия, II степень, III группа риска, хронический бескаменный холецистит.

План дальнейшего обследования

1. Лабораторные исследования

- Общий анализ крови. Ожидаемы признаки анемии (снижение гемоглобина и/или эритроцитов), воспаления (лейкоцитоз, ускоренное СОЭ).

- Общий анализ мочи. Проводится для исключения сопутствующей патологии почек.

- Анализ мочи на диастазу. При панкреатите уровень диастазы будет увеличен.

- Биохимический анализ крови. Проводится для выявления признаков отклонения ферментов в кровь, а так же лабораторных признаков холецистита и панкреатита (повышение концентраций АсАТ, билирубина, щелочной фосфатазы, С - реактивного белка, амилазы и креатинина); исследуется липидный спектр.

- Коагулограмма. Проводится для оценки реакции свертывающей системы крови.

- Реакция Вассермана

. Инструментальные исследования

- ЭКГ необходимо проводить всем пациентам старше 65 лет.

- УЗИ желчного пузыря и поджелудочной железы. Ожидаемо при холецистите - увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок. При панкреатите - увеличение поджелудочной железы, снижение ее эхогенности, неровный контур, сужение Вирсунгова протока.

- Фиброгастродуоденоскопия. Оценить состояние луковицы ДПК, состояние слизистой, наличие язв.

- Рентгеноскопия с пассажем бария. Оценить состояние кишечника. Исключить новообразования.

- Ректороманоскопия.Для оценки слизистой кишечника, наличие язвенных дефектов.

*Результаты обследования больного:*

Лабораторные исследования

Общий анализ крови (13.03.12)

Эритроциты - 4,1 \*1012/л (норма- 4.5-5.5)

Гемоглобин - 116 ммоль/л (норма- 120-140)

Цветной показатель - 3.8 (норма- 0.1)

СОЭ = 33 мм/час (норма - 1-10)

Лейкоциты - 4.4\*109/л (норма - 6-8)

Эозинофилы - 1%(норма-3)

Базофилы - 0 (норма-1)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные - 2%(норма-1)

Сегментоядерные - 33%(норма-63)

Лимфоциты - 57%(норма-57)

Моноциты - 6%(норма-6)

Биохимический анализ крови (13.03.12)

Глюкоза - 4.67 ммоль/л (норма-3.3-6.4)

АсТ - 23.2(норма-0-31)

Билирубин общий - 12.4 ммоль/л(норма-.50-20.50)

АлТ - 16.8(норма-0-32)

Кальций-2.13ммоль/л (норма-2.02-2.60)

Амилаза- 148 ед/л (норма-10.0-220)

Щел.фосфатаза-192 ед/л (норма-64-306)

Гамма-ГТ-37.3 ед/л (норма-9-39)

Коагулограмма(13.03.12)

Фибриноген - 3.60 г/л (норма 2-4)

Протромбин-98.8% (норма-90-120)

Общий анализ мочи (13.03.12)

Цвет - соломенно-желтый

Удельный вес - 1014

Прозрачная

Белок - отр.

Лейкоциты - 2-3 в п./з

Эпителий: плоский - 3-4 в п./з

Соли оксалаты+

Микрореакция на сифилис отрицательная (13.0312)

Анализ крови на резус-фактор и группу (13.03.12)

резус-фактор(Rh)-положительный

Группа крови- III(В)

Копрологическое исследование (14.03.12)

Форма-не оформленный

Консистенция - кашицеобразная

Цвет - коричневый

Запах - специфический

Наличие слизи - есть

Наличие гноя - нет

Нейтральный жир - нет

Жирные кислоты - нет

Непереваримая клетчатка - 5-6

Переваримая - 1-2

Крахмал - нет

Йодоформные бактерии - нет

Лейкоциты - нет

Эритроциты - нет

Эпителий - нет

Простейшие - нет

Яйца глист - нет

Инструментальные методы

ЭКГ

.03.12

Синусовый ритм с ЧСС 70уд/мин. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Увеличение левого желудочка.

Диагностическая гастодуоденоскопия (16.03.12)

Хронический гастро-дуоденит. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Бульбит.

Ректороманоскопия, УЗИ и рентгеноскопия с пассажем бария не были проведены.

Окончательный клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб больной на постоянные ноющие боли в области эпигастрия и левого подреберья, не связанные с приемом пищи, бывают и ночные боли. После еды часто бывает чувство тяжести и отрыжка воздухом. Постоянно изжога.

На основании анамнеза заболевания, где говорится о наличии у пациентки с 1979 г язвенной болезни ДПК с частыми рецидивами, а с 2008 года появились ноющие боли в левом подреберье.

На основании данных объективного осмотра: при пальпации области эпигастрия положительный симптом Менделя; при пальпации желчного пузыря положительные симптомы Мерфи, Кера, Мюсси; при пальпации поджелудочной железы болезненность в точке Дежардена и зоне Шоффара.

На основании данных лабораторных (лимфоцитоз; увеличение СОЭ) и инструментальных исследований (по данным ФГДС слизистая желудка рыхлая, розовая с участками мелкоочаговой атрофии, луковица ДПК деформирована и уменьшена в объёме, слизистая ее отечная, с ярко выраженными округлыми и линейными очагами гиперемии).

На основании биохимического анализа крови (увеличение белка).

На основании копрологического исследования кала (неоформленный, со слизью, остатками переваримой и непереваримой клетчатки) можно поставить окончательный клинический диагноз основного заболевания: язвенная болезнь ДПК, обострение. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

На основании жалоб, данных анамнеза и лабораторных данных можно установить осложнение основного заболевания - хронический вторичный билиарный панкреатит.

На основании жалоб больной на длительно существующие боли в эпигастрии; данных анамнеза заболевания; данных инструментальных исследований (по результатам ФГДС- слизистая желудка рыхлая, розовая с участками мелкоочаговой атрофии, луковица ДПК деформирована и уменьшена в объёме, слизистая ее отечная, с ярко выраженными округлыми и линейными очагами гиперемии), а так же на основании данных анамнеза заболевания, где говорится, что больная в течение 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами артериального давления до 180/100 мм рт. ст.; среднесуточная величина артериального давления - 140-150/90 мм рт. ст.; на основании данных измерения артериального давления на плечевых артериях можно поставить предварительный диагноз сопутствующих заболеваний: Хронический атрофический гастрит. Хронический бескаменный холецистит. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, IIIгруппы риска.

Окончательный клинический диагноз:

Основное заболевание: язвенная болезнь ДПК, обострение. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

Осложнение основного заболевания: хронический вторичный билиарный панкреатит.

Сопутствующие заболевания: Хронический атрофический гастрит. Хронический бескаменный холецистит. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, IIIгруппы риска.

Дифференциальный диагноз

.Язвенная болезнь желудка - для нее характерны боли имеющие четкую связь с приемом пищи, ранние, характерно сезонное обострение. Характерные признаки при инструментальном исследовании- на рентгенограмме- симптом ниши; при эндоскопическом исследовании- видимый язвенный дефект. При ФГДС выявлены очаги мелкозернистой атрофии, что говорит об атрофическом гастрите.

.Рак желудка - характерно снижение массы тела, изменение аппетита вплоть до его исчезновения. У данной больной результат ФГДС исключил наличие этой патологии, выявлены очаги атрофии и гиперемии. Дефектов подозрительных на рак не выявлено.

. Желудочное кровотечение - сопровождается рвотой кофейной гущей, дегтеобразным стулом, яркими признаками острой кровопотери. Подобные симптомы больная не отмечала ни разу.

. Перфорация язвы - характеризуется явлениями перитонита, острой кинжальной болью, защитным напряжением брюшной стенки.У больной боли носят ноющий характер и иных признаков перитонита не выявлено.

. Пенетрация - Рентгенологическим признаком является наличие глубокой ниши в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа.

Этиология

Факторы, способствующие возникновению язвенной болезни ДПК:

· Длительное или часто повторяющееся нервно - эмоциональное напряжение;

· Генетическая предрасположенность, в том числе и стойкое повышение кислотности желудочного сока;

· Другие наследственно - конституциональные особенности;

· Наличие хронического гастрита, дуоденита, функциональных нарушении желудка и ДПК;

· Нарушение режима питания;

· Курение и употребление крепких спиртных напитков;

· Употребление некоторых лекарственных препаратов обладающих ульцерогенными свойствами.

Патогенез

В патогенезе главную роль играет нарушение равновесия между факторами защиты и факторами агрессии. К факторам агрессии относят - увеличение ацидопептической активности, колонизацию слизистой оболочки и очагов желудочной метаплазии в ДПК с НР - инфекцией, гипергастринемию, вегететивную дистонию с гиперсимпатикотонией, а так же увеличение массы обкладочных клеток. При формировании очага возбуждения в коре больших полушарии происходит активация центра Vagus, что приводит к усилению моторики. Кроме того, под влиянием ВНС вырабатываются гормоны, влияющие на выработку соляной кислоты и катехоламинов, а это приводит усилению секреции и ослаблению регенерации. К факторам защиты, которые ослабляются относят: повреждение слизисто - бикарбонатного барьера, нарушение регенерации, ухудшение кровоснабжения слизистой и нарушение дуоденального торможения механизма желудочной секреции.

У данной пациентки исключено как этиологический фактор питание, так как она постоянно соблюдает диету и раннее каких - либо пищевых пристрастий, которые могли спровоцировать начало заболевания отрицает. Пациентка не курит, алкоголь употребляет эпизодически и в малых количествах. Возможно влияние лекарственных средств (НПВС), которые больная применяла длительно в связи с ревматоидным артритом. Кроме того, на фоне имеющегося заболевания ДПК у больной возник хронический вторичный билиарный панкреатит из - за уже имеющейся патологии билиарной системы, билиарно - панкреатического рефлюкса. Обострение панкреатита связано с длительным эмоциональным напряжением (оформление группы инвалидности).

Лечебные назначения и их обоснование

Общие принципы лечения

1. Ограничение эмоциональной и физической нагрузки. Лечебное питание:

Физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, ограничение поваренной соли, умеренное ограничение механических и химических раздражителей ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке. Стол №1.

2. Лекарственная терапия:

- Блокаторы Н2- рецепторов (ранитидин, фамотидин) для создания функционального покоя поджелудочной железы, снизить секрецию соляной кислоты, это же обеспечит уменьшение болевого синдрома.

- Ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол) антисекреторные средства.

- Антациды (маалокс, альмагель в данном случае предпочтительнее маалокс, так как альмагель обладает укрепляющими свойствами, а больная отмечает частые запоры) инактивируют кислую среду.

- Препараты панкреатических ферментов (креон, мезим, пензитал) в качестве заместительной терапии.

- Миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверин) для уменьшения боли.

- Противоанемические препараты (сорбифер)

- Витаминотерапия (аскорбиновая кислота)

- Корректирующие давление (MgSO4)

- М- холиноблокаторы (платифиллин) для снятия спазма гладкой мускулатуры внутренних органов

3. Профилактика, ранняя диагностика и лечение осложнений.

4. Лечение сопутствующих заболеваний.

. Система восстановительного лечения (реабилитация).

. Если бы была выявлена активная форма НР - эрадикация.

Лист назначений (в острую стадию)

1. Стол №1.

2. Режим постельный.

. Лекарственные назначения:.: Sol.Papaverini 2%-2,0 ml№ 7 in amp. По 2 мл внутримышечно на ночь.

#

Rp.: Tab.Famotidini 40 mg№ 20 .S. По 1 таблетке 2 раза в день.

# .: Tab. «Pensitali» №40. S. По 1 таблетке 2 раза в день во время еды.

#.: Tab. «Sorbiferi» №50.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

#.:Sol.MgSO4 25% - 10,0 ml.Ascorbinici 5% - 2,0ml.Drotaverini hydrochloridi 20, 0 mg- 2 ml.S. внутривенно капельно в 200 мл NaCI 0.9%

# Дневник

13.03.2012г.

Жалобы на сохраняющиеся боли в эпигастрии, изжогу и чувство тяжести после еды. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура тела 36,50С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД - 130/80 мм.рт.ст., пульс - 70в минуту. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД - 16 в мин. Живот мягкий, отмечается болезненность в проекции поджелудочной железы и желчного пузыря. Диурез достаточный, стула не было.

14.03.2012г.

Жалобы на боли в эпигастрии и в левом подреберье ноющего характера с иррадиацией в спину. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура тела 36,70С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД - 145/80 мм.рт.ст., пульс 71 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД - 16 в мин. Живот мягкий, сохраняется болезненность в точке Дежардена и зоне Шаффара. Диурез достаточный.

15.03.2012г.

Жалобы на изжогу и отрыжку воздухом, ночью беспокоили боли в эпигастрии. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура тела 36,70С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД - 140/80 мм.рт.ст., пульс - 67 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД - 18 в мин. Живот мягкий, болезненный в зоне Шаффара и точке Дежардена. Диурез достаточный.

16.03.2012г.

Жалобы на боль в эпигастрии, изжогу, чувство тяжести после еды. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура тела 36,80С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД - 140/80 мм.рт.ст., пульс - 64 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД - 18 в мин. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия и проекции желчного пузыря. Диурез достаточный.

17.03.2012г.

Сохраняется болезненность при пальпации в эпигастрии, зоне Шаффара и точке Дежардена. Состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее. Температура тела 36,9 С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД - 150/80 мм.рт.ст., пульс - 70 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД - 18 в минуту. живот мягкий, болезненный в эпигастрии. диурез достаточный.

###### Профилактика

. Соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих вздутие кишечника, содержащих грубую клетчатку, богатых экстрактивными веществами, стимулирующих секрецию пищеварительных соков.

2. Поддержание оптимальной массы тела.

3. Коррекция кислотности желудка.

. Коррекция психо-эмоционального статуса.

. Лечение гипертонической болезни, поддержание оптимального АД.

. Лечение язвенной болезни ДПК. Профилактика обострений - диспансерное наблюдение, профилактическое лечение весной и осенью, санация очагов хронической инфекции, физиотерапия, соблюдение режима труда и отдыха.

ПРОГНОЗ

Прогноз заболевания для жизни и выздоровления условно неблагоприятный, развиваются необратимые ишемические изменения, что может привести к осложнениям различной степени тяжести. После - частичная утрата трудоспособности.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

ХХХ, 75 л. поступила на лечение в отделение гастроэнтерологии ГКБ № 2 12.03.2012 года с жалобами на ноющие боли в области эпигастрия и левом подреберье, постоянной изжогой, отрыжкой воздухом и чувством тяжести после еды. Боли иррадиировали в спину. Иногда возникала тошнота, рвоты не отмечает.

На основании жалоб, данных анамнеза заболевания, физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования был поставлен диагноз: язвенная болезнь ДПК, ремиссия. Рубцовая деформация луковицы ДПК.

Осложнение основного заболевания: хронический вторичный билиарный панкреатит.

Сопутствующие заболевания: Хронический атрофический гастрит. Хронический бескаменный холецистит. Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, III группа риска.

Были проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, реакция Вассермана, копрологическое исследование кала, ЭКГ, фиброгастродуоденоскопия.

Общий анализ крови (13.03.12)

Эритроциты - 4,1 \*1012/л (норма- 4.5-5.5)

Гемоглобин - 116 ммоль/л (норма- 120-140)

Цветной показатель - 3.8 (норма- 0.1)

СОЭ = 33 мм/час (норма - 1-10)

Лейкоциты - 4.4\*109/л (норма - 6-8)

Эозинофилы - 1%(норма-3)

Базофилы - 0 (норма-1)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные - 2%(норма-1)

Сегментоядерные - 33%(норма-63)

Лимфоциты - 57%(норма-57)

Моноциты - 6%(норма-6)

Биохимический анализ крови (13.03.12)

Глюкоза - 4.67 ммоль/л (норма-3.3-6.4)

АсТ - 23.2(норма-0-31)

Билирубин общий - 12.4 ммоль/л(норма-.50-20.50)

АлТ - 16.8(норма-0-32)

Кальций-2.13ммоль/л (норма-2.02-2.60)

Амилаза- 148 ед/л (норма-10.0-220)

Щел.фосфатаза-192 ед/л (норма-64-306)

Гамма-ГТ-37.3 ед/л (норма-9-39)

Коагулограмма(13.03.12)

Фибриноген - 3.60 г/л (норма 2-4)

Протромбин-98.8% (норма-90-120)

Общий анализ мочи (13.03.12)

Цвет - соломенно-желтый

Удельный вес - 1014

Прозрачная

Белок - отр.

Лейкоциты - 2-3 в п./з

Эпителий: плоский - 3-4 в п./з

Соли оксалаты+

Микрореакция на сифилис отрицательная (13.0312)

Анализ крови на резус-фактор и группу (13.03.12)

резус-фактор(Rh)-положительный

Группа крови- III(В)

Копрологическое исследование (14.03.12)

Форма-не оформленный

Консистенция - кашицеобразная

Цвет - коричневый

Запах - специфический

Наличие слизи - есть

Наличие гноя - нет

Нейтральный жир - нет

Жирные кислоты - нет

Непереваримая клетчатка - 5-6

Переваримая - 1-2

Крахмал - нет

Йодоформные бактерии - нет

Лейкоциты - нет

Эритроциты - нет

Эпителий - нет

Простейшие - нет

Яйца глист - нет

Инструментальные методы

ЭКГ

.03.12

Синусовый ритм с ЧСС 70уд/мин. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Увеличение левого желудочка.

Диагностическая гастодуоденоскопия (16.03.12)

Хронический гастро-дуоденит. Рубцовая деформация луковицы ДПК. Бульбит.

Ректороманоскопия, УЗИ и рентгеноскопия с пассажем бария не были проведены.

Проводилось лечение: папаверин 2% по 2.0 мл внутримышечно на ночь; фамотидин 40 мг по 1 таблетке 2 раза в день; пензитал по 1 таблетке 2 раза в день во время еды; сорбифер по 1 таблетке 2 раза в день; инфузионная терапия - в 200,0 мл физиологического раствора аскорбиновой кислоты 5% - 2,0; дротаверина 2,0; MgSO4 25% - 5,0, внутривеноо капельно №7.

Самочувствие пациентки улучшилось: уменьшилась болезненность, исчезли ночные боли,реже отмечает чувство тяжести после еды. В результате лечения АД снизилось до 130/80 мм рт. ст. Пациентка продолжает лечение в гастроэнтерологическом отделение.

Рекомендации:

) После выписки наблюдение участкового терапевта по месту жительства.

) Ограничение физических и психо-эмоциональных нагрузок.

. 3) Диета (с исключением продуктов, вызывающих вздутие кишечника, содержащих грубую клетчатку, богатых экстрактивными веществами, стимулирующих секрецию пищеварительных соков.

) Медикаментозное лечение:

Фамотидин 40 мг по 1 таблетке 2 раза в день;

Сорбифер по 1 таблетке 2 раза в день;

Пензитал по 1 таблетке 2 раза в день во время еды;

Омепразол по 1 таблетке 2 раза в день.

Литература

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. - М.: Медицина, 1999.

2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Новая волна, 2010.

. Мухин И.А. Пропедевтика внутренних болезней - «Гэотар медиа», 2009.

. Конспект лекций по внутренним болезням.

. Конспект практических занятий по внутренним болезням.