Паспортная часть.

ФИО: x

Возраст: 43г

Пол: ж

Место жительства: x

Место работы: не работает

Дата поступления: 24.04.03

Дата курации: 26.04.03

***Жалобы.***

1. Схваткообразные, голодные боли в эпигастральной области; тупые, распирающие боли, возникающие после приема пищи, особенно острых, соленых, копченых продуктов (стимулирующих желудочную секрецию).
2. Изжога, отрыжка, рвота.
3. Аппетит сохранен.
4. Склонность к запорам.

***Anamnesis morbi.***

Считает себя больной в течение 1,5 лет., когда впервые появились тупые боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи. Через некоторое время стали появляться схваткообразные голодные боли. К врачу не обращалась, не лечилась самостоятельно. В связи с ухудшением состояния (усиление болей) обратилась к участковому терапевту. 15.03.03 обследована на ФГДС, диагноз – хронический гастрит (после биопсии – хронический гастрит типа В). Предложено пройти плановый курс лечения в стационаре.

***Anamnesis vitae.***

Больная родилась и жила постоянно в Копейске. Росла и развивалась нормально.

Работала на Копейском заводе пластмасс, условия труда нормальные, график и режим питания не нормированы.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, детские инфекции. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Аллергию отрицает.

Наследственность – не отягощена.

***Общий осмотр.***

Состояние удовлетворительное. Т-37.0 С.

Сознание ясное. Положение активное.

Нормостенический конституционный тип. Телосложение правильное. Выражение лица спокойное.

Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Пигментация и депигментация отсутствуют. Высыпаний нет. Тургор кожи сохранен, кожа нормальной влажности и эластичности. Оволосение по женскому типу.

Ногти овальной формы, розового цвета, ногтевые пластинки не изменены.

Видимые слизистые розовые, влажные, высыпания на слизистых отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо (толщина кожно-подкожно-жировой складки на уровне пупка 1.5 см), отеков нет.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное. Сила мышц сохранена. Болезненности при ощупывании мышц нет.

Деформаций костей нет. Болезненности при ощупывании и поколачивании нет.

Суставы обычной конфигурации, припухлости, болезненности при пальпации суставов нет. Местная температура кожи над суставами не изменена. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Движения в суставах безболезненные.

***Сердечно-сосудистая система.***

Выпячивания в области сердца, видимой пульсации нет. Набухания шейных вен, “пляски каротид”, положительного венного пульса нет. При пальпации области сердца: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии, нормальной силы, площадью 2 кв. см. Другой пульсации и зон гиперестезии и пальпаторной болезненности не выявлено.

Перкуссия сердца*:*

Границы относительной сердечной тупости

правая по правому краю грудины в 4 межреберье

левая на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье.

верхняя на 3 ребра у левого края грудины

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

правая левого края грудины в 4 межреберье

левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии на уровне 5 межреберья

верхняя у левого края грудины на уровне 4 ребра

Аускультациясердца: тоны сердца приглушены, ритмичные. Дополнительные шумы не выявляются. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.

ЧСС 72 удара в минуту. Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицит пульса и pulsus diferens не определяются.

Артериальное давление на плечевых артериях / по методу Короткова / 120/80 мм.рт.ст.

Набухания шейных вен, видимой пульсации, положительного или отрицательного венного пульса нет.

Двойной шум Виноградова-Дюрозье, двойной тон Траубе не определяются. Шум волчка не выслушивается.

Расширенных вен грудной клетки, брюшной стенки нет.

***Система органов дыхания.***

Нос нормальной формы, дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и кровотечения нет. Деформации и припухлости в области гортани нет. Голос громкий, чистый. Грудная клетка нормостеническая, правильной формы, обе половины равномерно участвуют в дыхании, боковой размер преобладает над переднезадним. Искривлений позвоночника нет. Окружность грудной клетки-70 см. Экскурсия грудной клетки-6 см. Дыхание ритмичное, глубокое, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные. Частота дыхания 16 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание проводится во все отделы грудной клетки.

При сравнительной перкуссии легких над поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук во всех отделах грудной клетки.

Топографическая перкуссия легких:

 линия справа слева

l.parasternalis 6межреберье -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7 ребро

l.axillaris media 8 ребро 8 ребро

l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро

l. scapularis 10 ребро 10ребро

l.paravertebralis на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка

Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 3 см 3 см

сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка

Подвижность легочных краев

 справа 6 см

 слева 6 см

Аускультативно дыхание везикулярное во всех отделах грудной клетки.

Бронхофония одинаковая с обеих сторон, не изменена.

***Система органов пищеварения.***

Слизистая ротовой полости, чистая, язык обложен белым налетом, влажный. Десны не кровоточат, без воспалительных явлений. Живот симметричный, не вздут. Брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

***Печень и желчный пузырь****.*

 Нижний край печени из под реберной дуги не выходит за край реберной дуги, пальпируется в правом подреберье, мягкий, эластичный, заостренный, безболезненный.

Границы печени по Курлову 9-8-8

По правой срединно-ключичной линии 9 см.

По передней срединной линии 8 см.

По левой реберной дуге 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Ортнера отрицательный. Френикус-симптом отрицательный.

***Селезенка.***

Селезенка не пальпируется,

Перкуторные границы селезенки: продольный по Х ребру- 7 см.

 поперечный- 5 см.

***Мочеполовая система.***

Почки пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное до 1.5 л в сутки. Моча соломенно-желтая. Примеси крови в моче нет.

***Нервная система и органы******чувств.***

 Сознание ясное, настроение хорошее ориентирована во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления памяти и внимания нет. Острота зрения в норме, двоения в глазах, птоза нет движения глазных яблок в полном объеме. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая. Носогубные складки при оскале зубов симметричны. Дисфонии и дисфагии нет. Менингиальные симптомы отрицательные. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами устойчива. Судорог, контрактур мышц нет. Объем движений и сила конечностей в норме. Пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков не выявляется. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности нет. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Кожа - красный дермографизм. Температурной асимметрии, трофических язв, нарушения потоотделения нет.

***Предварительный диагноз.***

Хронический атрофический гастрит типа В (хеликобактер-ассоциированный).

***План обследования.***

Лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, электролиты крови, RW, Hbs, ВИЧ, гр. крови, Rh-фактор.

Обнаружение Хеликобактер пилори: уреазный тест, серологическое определение АТ к АГ Хеликобактер пилори.

Инструментальные исследования: ФГДС с прицельной биопсией зоны поражения и последующим гистологическим исследованием взятого материала, R-гр желудка (для исключения язвы и рака желудка), R-гр органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, исследование секреторной функции желудка

***Данные анализов и специальных исследований.***

Клинический анализ крови от 24.04.2003

гемоглобин 142 г\л

эритроциты 4.58

лейкоциты 5.9 х 10 в 9 степени на литр

лимфоциты 20.4 %

моноциты 5.5 %

гранулоциты 74.1 %

СОЭ 20 мм/ч

Анализ мочи общий 24.04.03.

цвет соломенно-желтый

прозрачность мутная

реакция щелочная

удельный вес 1015

белок abs

желчные кислоты abs

сахар abs

билирубин abs

лейкоциты abs

эритроциты abs

эпителий переходный мало

Биохимический анализ крови 25.04.03

Общий белок 74 г/л

Мочевина 5.1 ммоль/л

Креатинин 84 ммоль/л

Билирубин 7.0 ммоль/л

АЛТ 21.0

АСТ 36.0

ЛДГ 454

ГГТП 50

Глюкоза 6.3 ммоль/л

***Данные инструментальных исследований.***

ЭКГ от 25.04.03 : синусовый ритм, правильный, Вертикальное положение ЭОС. Изменение миокарда нижней стенки левого желудочка.

R-скопия органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не изменен. Участок тяжистого фиброза легочной ткани в проекции средней доли правого легкого. Определяется очаговая тень известковой плотности (очаг Гона?). Корни легких структурны, не расширены. Диафрагма расположена обычно, правый купол подтянут кверху и частично фиксирован в передних отделах спайками. Синусы прослеживаются, правый передний синус запаян. Сердце и аорта без особенностей.

Диагностическая ФГДСот 15.03.03 .

Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается. В желудке – небольшое количество пенистого содержимого. Складки слизистой продольно направлены. Перистальтика прослеживается. Слизистая желудка умеренно гиперемирована в пилороантральном отделе. Взята биопсия: выраженная инфильтрация слизистой оболочки желудка полиморфноядерными лейкоцитами, колонизация антрального отдела Хеликобактер пилори. Привратник функционирует нормально. Луковица ДПК без особенностей.

Заключение: Хронический гастрит пилороантрального отдела, типВ.

***Окончательный диагноз и обоснование.***

Хронический неатрофический гастрит (тип В).

1) На основании жалоб больной:

1. Схваткообразные, голодные боли в эпигастральной области; тупые, распирающие боли, возникающие после приема пищи, особенно острых, соленых, копченых продуктов (стимулирующих желудочную секрецию).
2. Изжога, отрыжка, рвота.
3. Аппетит сохранен.
4. Склонность к запорам.

2) Положительный уреазный тест, обнаружение АТ к АГ Хеликобактер пилори.

3) На диагностической ФГДС от 15.03.03 выявлен хроническийнеатрофический гастрит, на биопсии - фрагменты слизистой желудка, в них отмечается воспалительная инфильтрация с преобладанием полиморфноядерных лейкоцитов.

***Дифференциальный диагноз.***

Ведущими симптомами хронического гастрита у нашей больной являются жалобы на сильные, схваткообразные «голодные» боли в эпигастральной области, распирающие боли и тяжесть в желудке после приема пищи, рвота, изжога, отрыжка, при сохраненном аппетите. Однако некоторые из этих симптомов могут встречаться и при других заболеваниях, таких как: язвенная болезнь желудка, рак желудка, холецистит.

Хронический холецистит, как правило, развивается на фоне желчно-каменной болезни, и характеризуется болями в правом подреберье, которые возникают после приема жирной и острой пищи. Боли сопровождаются тошнотой, а иногда рвотой желчью. Кроме того, при хроническом холецистите могут наблюдаться симптомы Мерфи, Мюсси, Ортнера. Так как у нашей больной данная клиническая картина отсутствует, то это позволяет исключить наличие хронического холецистита.

Рак желудка. Ведущими симптомами в картине заболевания является тошнота, возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также постоянные, ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери вследствие изъязвления рака и возможно длительно протекающего атрофического гастрита. При раке желудка наблюдается значительная потеря веса, а также появление изменений вкусовых ощущений (например, отвращение к мясу, жирной пище и т.п.). У нашей больной боли хотя и носят постоянный характер, однако они не заканчиваются рвотой, кроме того, отсутствуют симптомы хронической кровопотери (нарастающая анемия в анализах крови). Кроме того, диагноз рака желудка подтверждается гистологическим исследованием, материал для которого берется во время фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной данных за рак желудка (клинической картины и лабораторных и инструментальных исследований) нет.

Для язвенной болезни характерна четкая связь болей с приемом пищи (боли возникают от 1,5 до нескольких часов спустя после приема пищи в зависимости от локализации язвы). Боли носят кинжальный характер, затем разлитой, быстро присоединяются симптомы раздражения брюшины. Желудочная диспепсия выражена в меньшей степени, чем при хроническом гастрите, возникает на высоте боли и приносит облегчение. Однако язвенная болезнь характеризуется глубокими морфологическими изменениями, которые обнаруживаются при фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной при фиброгастродуоденоскопии получены убедительные данные, подтверждающие наличие хронического гастрита.

##### Дневники

27.04.03

Состояние удовлетворительное. Т-37.0 С

Жалоб нет.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм.рт.ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

1. Стол – 4б

2. Режим - общий

3. Эрадикация Хеликобактер пилори

* Ранитидин 100мг х 3р
* Викалин 1т х 3р
* Трихопол 1т х 3р
* Тетрациклин 1т х 3р
* Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

28.04.03

Состояние удовлетворительное. Т-36.7 С

Жалоб нет.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм рт ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

1. Стол – 4б

2. Режим - общий

3. Эрадикация Хеликобактер пилори

* Ранитидин 100мг х 3р
* Викалин 1т х 3р
* Трихопол 1т х 3р
* Тетрациклин 1т х 3р
* Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

29.04.03

Состояние удовлетворительное. Т-36.6 С

Жалобы на боли, тяжесть в эпигастрии, тошноту, двукратную рвоту съеденной пищей.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

 видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм рт ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

1. Стол – 4б

2. Режим - общий

3. Эрадикация Хеликобактер пилори

* Ранитидин 100мг х 3р
* Викалин 1т х 3р
* Трихопол 1т х 3р
* Тетрациклин 1т х 3р
* Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

***Эпикриз.***

Х, 42 лет поступила в МСЧ ЗИЛ 24.10.01. Заболела около 6 месяцев назад, когда впервые появились боли в эпигастрии, отдающие в спину. При обращении к терапевту была направлена к невропатологу. На фоне приема диклофенака боли усилились. 23.10.01 на ЭГДС обнаружена язва верхней трети желудка (1.3 х 1.1см), госпитализирована. За последние 6 месяцев похудела на 5 кг. Была сразу направлена в МСЧ ЗИЛ для госпитализации. При поступлении состояние средней тяжести, жалобы на ноющие боли в эпигастральной области постоянного характера отдающие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи, отсутствие аппетита. Больной проводилась консервативная терапия – противоязвенная, спазмолитическая и витаминотерапия. Состояние улучшилось, боли стихли, при контрольной ЭГДС отмечается положительная динамика.

В настоящее время больной проводится консервативная терапия, в связи с тем, что язва не зарубцевалась, но имеется положительная динамика, сроки госпитализации продлены.