Паспортная часть

ФИО:

Пол:

Возраст:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления:

Дата курации:

# Жалобы

На момент поступления и момент курации: тяжесть в левом подреберье, опоясывающие боли в верхних отделах живота, постоянные, купирующаяся на незначительное время приемом но-шпы. Тошнота, рвота обильная не связанная с приемом пищи, приносящая незначительное облегчение, купирующаяся приемом церукала на непродолжительный период. Так же больной предъявляет жалобы на бессонницу и беспокоящую в течение нескольких дней жажду.

***Anamnesis morbi***

Впервые был госпитализирован в стационар в 1990 году в состоянии гипергликемической комы. Был обследован и установлен диагноз сахарный диабет, хронический панкреатит. До момента госпитализации больной отмечал незначительные боли в животе. По этому поводу к врачам не обращался, никакого лечения не принимал. В стационаре был назначен манинил, в 1991 году больной был переведен на инсулин.

В последующем периоде больной госпитализировался в стационар 1 раз в 2 года в плановом порядке, для профилактического лечения.

В 1997 году обострение хронического панкреатита, после нарушения диеты. Больной проходил лечение в стационаре.

С этого момента проходил ежегодное обследование и профилактическое лечение в госпитале.

В 2000 году у больного при плановом обследовании была обнаружена язва 12-перстной кишки. Лечился амбулаторно, принимал де-нол, трихопол, альмагель, масло облепихи. Язва зарубцевалась.

Настоящее обострение началось 18.03.2001, когда после погрешности в диете появились тошнота, сильная рвота и боли в животе. В течение 3-х дней больной принимал церукал по 3 раза в день и но-шпу 2 раза в день, которые приносили незначительное облегчение. В связи с неэффективностью самолечения обратился к врачу в поликлинику, откуда бал направлен с диагнозом обострение язвенной болезни в 55 ГКБ.

# Anamnesis vitae

Родился на Алтае в 1953 году 8 ребенком. Рос и развивался нормально. Образование высшее. Женат.

После окончания 10 классов общеобразовательной школы поступил в Новосибирское инженерное училище, окончив его, стал работать в Институте им. Курчатова. Проработав 4 года, перешел на работу спасателя в Министерство по использованию атомной энергии. Через 3 года поступил в Ленинградскую академию ВИТКУ, окончив которую продолжил работу спасателем в министерстве. В 1990 году, после госпитализации, был отправлен не пенсию по состоянию здоровья. За время работы многократно посещал зоны повышенной радиации, после чего употреблял спирт.

Вредные привычки: курит давно 1 пачку на 2-3 дня, алкоголем не злоупотребляет, наркоманию отрицает.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, хронический панкреатит, сахарный диабет инсулинзависимый, язва 12-перстной кишки. Туберкулез, желтуху, венерические заболевания отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались.

Аллергию отрицает.

Наследственность не отягощена.

# Status praesens

Общее состояние средней тяжести.

Сознание ясное.

Положение активное.

Нормостенического телосложения.

Температура 37,2 С.

Кожные покровы бледно-розовые. Кожа сухая, тургор снижен, мужской тип оволосения.

Видимые слизистые розовой окраски.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, без отеков, безболезненна при пальпации.

Мышцы развиты слабо, тонус сохранен, безболезненные при ощупывании.

Кости обычной формы, без деформации, безболезненны при ощупывании и поколачивании.

Суставы без изменений. Движения в суставах безболезненны, объем активных и пассивных движений сохранен.

# Система органов дыхания

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное с обоих сторон. Гортань не деформирована, голос тихий.

Грудная клетка нормостеническая, над- и подключичные ямки слабо выражены, ширина межреберных промежутков умеренная, величина эпигастрального угла – 90 , лопатки плотно прилежат к грудной клетке, боковой размер больше переднезаднего, симметрична,

Тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричные, дыхание ритмичное, поверхностное, ЧДД – 16 в минуту.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон.

При перкуссии на симметричных участках звук ясный легочный.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница | справа | слева |
| выс. стояния верхушек спередивыс. стояния верхушек сзадиширина полей Кренига | 3 смVII шейный8 см | 3 смVII шейный8 см |
| Нижняя граница |  |  |
| по окологрудинной линиипо срединноключичной линиипо передней подмышечной линиипо средней подмышечной линиипо задней подмышечной линиипо лопаточной линиипо околопозвоночной линии | 6 ребро6 ребро 7 ребро8 ребро9 ребро10 ребро11 ребро | не определяетсяне определяется7 ребро8 ребро9 ребро10 ребро11 ребро |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких |  |
| по средней подмышечной линии | 8 см | 8 см |

Границы легких:

При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание везикулярное.

Бронхофония одинакова с обеих сторон грудной клетки.

# Система органов кровообращения

При пальпации верхушечный толчок не определяется. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, дрожание в области сердца, пальпаторной болезненности не выявлено.

При перкуссии границы сердца не изменены.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 в мин.

Исследование сосудов: артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, частота 70 уд. в мин., хорошего наполнения и напряжения.

АД 130/80.

# Система органов пищеварения

Желудочно-кишечный тракт:

Язык розовой окраски, влажный. Зубы требуют санации.

Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При перкуссии определяется тимпанический звук различных оттенков над всей поверхностью живота.

При пальпации болезненный в области эпигастрии и области проекции поджелудочной железы. Расхождения прямых мышц живота и симптомы раздражения брюшины не выявлены.

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

Стул один раз в сутки, умеренного количества, оформленный, коричневого цвета.

Печень и желчный пузырь:

При осмотре выпячивания и ограничения дыхания в области правого не обнаружено.

Симптом Ортнера отрицательный.

При пальпации край печени определяется сразу под реберной дугой, острый, безболезненный, мягкий.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии – 9см.,

по переднесрединной линии - 8см.,

по левой реберной дуге – 7см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

Селезенка:

Выпячивания и отставание в дыхании в области левого подреберья не обнаружено.

При перкуссии определяются следующие размеры селезенки:

длинник – 7см., поперечник – 4см.

Шум трения плевры в области левого подреберья отсутствует.

Поджелудочная железа:

При пальпации увеличения, уплотнения не выявлено.

Отмечается болезненность при пальпации в области проекции поджелудочной желелезы.

# Система органов мочеотделения

Мочеиспускание не нарушено, моча соломенно-желтого цвета, отеки отсутствуют.

При осмотре, наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Выбухание в надлобковой области нет.

Симптом поколачивания отрицательный. В надлобковой области звук тимпанический, дно мочевого пузыря не определяется.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено.

# Неврологический статус

В сознании, в месте и времени ориентирован. Интеллект соответствует уровню развития.

Менингиальные симптомы отсутствуют.

Походка обычная, в позе Ромберга устойчив.

Сухожильные рефлексы без патологии.

# Предварительный диагноз

Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

Хронический панкреатит в стадии обострения.

Сахарный диабет I типа исулинзависимый.

# План обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Б/х анализ крови.
4. Анализ мочи на амилазу.
5. Общий анализ кала.
6. Рентгенографическое исследование желудка.
7. ЭГДС.
8. УЗИ.
9. Исследование желудочного сока.
10. Консультация эндокринолога.
11. Консультация хирурга.

# Лабораторные данные

Общий анализ крови от 21.03.2001: Hb –140 г/л; L – 10,6 10 /л; пал – 6, сегм – 82, лимф – 11, мон – 1; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи от 20.03.2001: без патологии.

Б/х анализ крови от 21.03.2001: общ. белок – 79 г/л;

 мочевина – 8,7 ммоль/л;

 биллирубин общ. – 16,2 мкмоль/л;

 калий – 3,9 ммоль/л;

 натрий – 123 ммоль/л;

 железо – 12,7мкмоль/л;

 АсАТ – 108;

 АлАТ – 47;

 -амилаза – 127;

 КФК – 175;

 ЛДГ – 332;

 альбумин – 50;

 глобулин – 29;

 остаточный азот – 8,5.

Амилаза мочи от 21.03.2001: 699 ед.

Сахар крови 20.03.2001: 6,3 ммоль/л;

 22.03.2001: 5,5 ммоль/л;

 24.03.2001: 4,6 ммоль/л.

ЭГДС от 22.03.2001: эндоскопическая картина недостаточности кардии, катарального рефлюкс-эзофагита, хронического гастрита.

УЗИ от 26.03.2001: косвенные УЗ признаки острого панкреатита.

# Обоснование диагноза

Анализируя жалобы больного (боли в верхних отделах живота, сильную рвоту), учитывая, что жалобы появились после нарушения диеты, а так же принимая во внимание анамнез жизни (работа в тяжелых условиях, злоупотребление алкоголем) и панкреатит, язвенную болезнь в анамнезе – можно думать об обострении данных заболеваний. Данные за обострение хронического панкреатита подтверждает: изменения в периферической крови (с-м воспаления), б/х анализе крови, УЗ картина. Учитывая болезненность в эпигастральной области при пальпации, погрешности в диете, а так же эндоскопическую картину нельзя исключить обострение язвенной болезни 12-перстной кишки.

Диагноз: Хронический панкреатит в стадии обострения.

 Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения.

 Хронический гастрит в стадии обострения.

 Сахарный диабет I тип исулинзависимый.

***Этиология и патогенез***

Этиология язвенной болезни окончательно не выяснена. В возникновении заболевания играют роль многие факторы, в том числе нарушения режима и характера питания (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи), курение, злоупотребление алкогольными напитками, крепким кофе, психоэмоциональ­ные перегрузки (недостаточные отдых и сон, ненормированный рабочий день, стрессовые ситуации), физическое перенапряжение. Важ­ное место отводится наследственным и консти-туциональным факторам. Свидетельством этому служат часто встречающийся у больных с дуоденальными язвами астенический тип тело­сложения и 0(I) группа крови, язвенная болезнь у близких родственников, отсутствие способности у лиц, страдающих язвенной болезнью, выделять антигены системы АВН, ответственные за выработку гликопроте-инов желудочной слизи. Спровоцировать развитие язвенной болезни может длительный прием лекар­ственных препаратов, неблагоприятно воздей­ствующих на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (ацетилсалициловой кислоты, глюкокортикоидов, резерпина, кофеина и др.). Предполагают, что определен­ную роль в развитии язвенной болезни и ее рецидивирующем течении играют кампилобактерии, паразитиру­ющие в слизистой оболочке желудка.

В основе язвенной болезни лежит нарушение равновесия между агрессивными свойствами желудочного содержимого и защитными возможностями сли­зистой оболочки желудка и двенадцатиперс­тной кишки. Причинами усиления кислотно-пептической агрессии могут быть увеличение секреции соляной кислоты (например, вследствие увеличения числа обкладочных клеток либо нарушения нейрогуморальной регуляции ихфункции при повышении тонуса блуждающего нерва или увеличении выработки гастрина) и нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, приводящее к длительной задержке кислого содержимого в выходном отделе желудка, слишком быстрому поступлению его в луковицу двенадцатиперстной кишки, дуодено-гастральному рефлюксу желчи. Ослабление защитных свойств слизистой оболочки может происходить при уменьшении выработки желу­дочной слизи и ухудшении ее качественного состава, угнетении выработки бикарбонатов, входящих в состав желудочного и панкреати­ческого сока, нарушении регенерации эпите­лиальных клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшении содержания в ней простагландинов, снижении регионарного кровотока. Немаловажную роль в нарушении равновесия между агрессивными свойствами желудочного сока и барьерной функцией слизистой оболочки играет эндо­кринная система. Так, АКТГ, тиреотропный гормон, инсулин способствуют увеличению, а минералокортикоидные гормоны и глюкагон — снижению выработки соляной кислоты, соматотропный гормон, пролактин и андрогены сти­мулируют, а глюкокортикоиды подавляют регенераторную активность эпителиальных клеток слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; АКТГ и глюкокортикоиды тормозят слизеобразование. В прогрессировании язвенной болезни большое внимание уделяется изменениям иммунной системы (аутоагрессии в результате антигенного воздействия на организм продук­тов распада тканей дна язвы, нарушениям кле­точного и гуморального иммунитета и др.).

Соотношение патогенетических факторов агрессии и защиты в патогенезе заболевания в каждом отдельном случае может быть различ­ным, тем не менее, принято считать, что роль кислотно-пептического фактора язвообразования наиболее выражена при дуоденальной лока­лизации язв, тогда как снижение резистентности слизистой оболочки чаще всего выступает ведущим патогенетическим фактором язв желудка.

# Лечение данного заболевания

1 Диета (стол № 1).

2 Антисекреторные препараты:

 а) Н2- блокаторы

 I поколение - Циметидин (таб. 200мг, по 1 таб. 3 раза в день за 30-40 мин до еды и 2 таб. на ночь) соблюдать принцип постепенной отмены, начиная с утренних доз. Препараты I поколения дают много осложнений.

 II поколение - Ранитидин, Зонтак, Рантол, Ранисан, Ульгастран.

 Ранитидин по 1 таблетке 2 раза в день утром и вечером за 30-40 мин до еды и 2 таблетки на ночь.

 III поколение - Фамотидин (Ульфамид) по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

 IV поколение - Мезотидин по 1 таблетке 1 раз в день.

 б) Блокаторы протонной помпы - Омепразол по 1 таблетке 1 раз в день.

3 Холинолитики - атропин, платифиллин (применяются для купирования болевого синдрома и одновременного снижения секреции) подкожно 1 мл (при болях).

4 Антидофаминовые препараты – Метаклопромид (Церукал) для нормализации моторики; по 1 таблетке 2 раза в день до еды.

5 Антибактериальные средства (воздействие на этиологический фактор H. Pylori) – трихопол, ампицилин, доксициклин.

Трихопол - усиливает регенерацию слизистой и обладает антибактериальным действием, по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

6 Цитопротекторы - Де-нол, Вентер, Сукральфат.

7 Физиотерапевтическое лечение: лазеротерапия, магнитотерапия (8 сеансов), иглорефлексотерапия (10 сеансов), электросон (3 сеанса), ГБО (13 сеансов).

## Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 21.03.2001.Т – 37,2 СPs – 82 уд/минАД – 130/85ЧДД - 16 | Состояние средней тяжести.Жалобы на тяжесть в левом подреберье, боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту съеденной пищей.Сознание ясное. Кожные покровы сухие, бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные.Язык чистый, влажный. Живот болезненный в эпигастрии и в области проекции поджелудочной железы.Стул раз в день, оформленный, коричневого цвета.Дизурических явлений нет. | Диета № 9;Холод на живот;В/в капельно:S.Glucose 5% - 200 mlS.Novocaini 0,25% - 50mlS.NaCl 0,9% - 400 mlS.Baralgini 50% - 5ml; Ранитидин по 1таб утром и вечером;Атропин 0,1% - 1ml п/к при болях;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Де-нол по 2 таб. 3 раза в день за 30 мин до еды и 1 таб. перед сном;Трихопол по 1таб. 3 раза в день;Инсулин актрапидп/з 4 ед,п/о 4 ед,п/у 4 ед,Инсулин монотардп/з 4ед. |
| 23.03.2001.Т – 36,8 СPs – 80 уд/минАД – 120/70 | Состояние средней тяжести.Жалобы на тяжесть в левом подреберье.Сознание ясное. Кожные покровы сухие, бледно-розовые.В легких дыхание везикулярное.Тоны сердца ритмичные.Язык чистый, влажный. Живот болезненный в эпигастрии и в области проекции поджелудочной железы. Тошноты, рвоты нет.Отправления в норме. | Диета № 9;В/в капельно:S.Glucose 5% - 200 mlS.Novocaini 0,25% - 50mlS.NaCl 0,9% - 400 mlS.Baralgini 50% - 5ml; Ранитидин по 1таб утром и вечером;Атропин 0,1% - 1ml п/к при болях;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Де-нол по 2 таб. 3 раза в день за  |
|  |  | 30 мин до еды и 1 таб. перед сном;Трихопол по 1таб. 3 раза в день;Инсулин актрапидп/з 4 ед,п/о 4 ед,п/у 4 ед,Инсулин монотардп/з 4ед. |
| 26.03.2001.Т – 36,6 СPs – 76 уд/минАД – 120/80ЧДД – 17 | Состояние удовлетворительное.Боли в области живота значительно уменьшились.В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные.Живот мягкий, чувствительный при пальпации в левом подреберье.Тошноты, рвоты нет.Стул оформленный обычной окраски. | Диета № 9;Ранитидин по 1таб утром и вечером;Атропин 0,1% - 1ml п/к при болях;Церукал по 1 таб. 3 раза в день за 30 мин. до еды;Де-нол по 2 таб. 3 раза в день за 30 мин до еды и 1 таб. перед сном;Трихопол по 1таб. 3 раза в день;Инсулин актрапидп/з 4 ед,п/о 4 ед,п/у 4 ед,Инсулин монотардп/з 4ед. |

## Этапный эпикриз

Больной Н. поступил в 55 ГКБ 20.03.2001 по направлению из районной поликлиники с диагнозом обострение язвенной болезни 12-перстной кишки. При поступлении предъявлял жалобы на тяжесть в левом подреберье, опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту и обильную рвоту. Из анамнеза известно, что больной неоднократно находился в зонах с повышенной радиацией, злоупотреблял алкоголем. Перенесенные заболевания: хронический панкреатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки (в 2000г.), сахарный диабет I тип исулинзависимый.

В результате проведенного обследования был установлен диагноз: хронический панкреатит в стадии обострения, язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии обострения, хронический гастрит в стадии обострения, сахарный диабет I тип исулинзависимый.

Больному проводится консервативное лечение.

На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, боли стихли, тошноты и рвоты нет. Сахар крови в пределах нормы.

В дальнейшем предполагается продолжить консервативную терапию.

При стабилизации состояния и при отсутствии жалоб у больного, возможно, выписать на амбулаторное долечивание.