ФИО: \_\_\_\_\_

Возраст 37 лет

Дата рождения

Место работы:

Занимаемая должность:

Место постоянного жительства:

Дата поступления:

Предварительный диагноз:

Хронический эрозивный гастрит. Стадия обострения. Желудочное кровотечение.

Жалобы

Больной предъявляет жалобы на постоянную общую слабость, головокружение, сердцебиение в покое и усиливающееся после подъёма на один пролет, появление черного кала, тошноту и отсутствие аппетита в течение 3 дней и боль в эпигастратьной области.

История настоящего заболевания

Больным себя считает с 11.11.12, когда после злоупотребления алкоголем 10.11.12 впервые обнаружил общую слабость, головокружение, боль неопределенного характера в эпигастральной области. Позже присоединились тошнота и отсутствие аппетита.

В целях лечения больной выпил 10 таблеток активированного угля и произвел 2 раза без зондовое промывание желудка (отмечает рвотные массы с примесью крови).

13.11.12 обратился к участковому врачу, который направил больного на анализ крови, ЭКГ и ФГС.

При ФГС была обнаружена эрозия желудка. ЭКГ без патологий. При анализе крови гемоглобин равен 70.

15.11.12 почувствовал общее ухудшение состояния и вызвал скорую помощь.

На машине скорой помощи был доставлен в хирургическое отделение больницы им. Пирогова. Где ему было проведено исследование ФГС. При исследовании была обнаружена эрозия желудка. После чего больной был направлен в терапевтическое отделение Городской больницы №3.

Эпидемиологический анамнез

Контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает. Наличие в жилище грызунов отрицает.

Условия жизни удовлетворительные.

Перенесенные ранее заболевания

Оперативные вмешательства отрицает.

Венерические заболевания, болезнь Боткина, туберкулез, гепатит, СПИД отрицает.

Наследственные заболевания, эндокринные расстройства, психические заболевания в семье отрицает.

Аллергологический анамнез

Аллергические реакции различного генеза отрицает.

История жизни

Родился 19.07.75 в Самаре.

Рос и развивался соответственно возрасту. В детстве переболел ветрянкой. Окончил 9 классов, после чего поступил в техническое училище, после окончания работал сварщиком на стройке. В настоявшее время работает в организации «Теплосеть» техническим лаборантом.

Бытовой анамнез

Бытовые условия и материальный достаток хорошие. Питание не регулярное.

Вредные привычки: курение, алкоголизм и прием наркотиков отрицает.

Гемотрансфузии отрицает.

Данные физических и инструментальных методов исследования

Наружное исследование

Общее состояние удовлетворительное, положение больного активное, сознание ясное, выражение лица обычное, телосложение правильное, нормостенического типа.

Температура тела 66,7С, вес 96 кг, рост 180 см.

Кожные покровы бледные, депигментация кожи отсутствует, напряжение и эластичность кожи нормальная, степень влажности нормальная.

Сыпь, рубцы, варикозное расширение вен отсутствует.

Слизистые оболочки (губ, носа, глаз, век и неба) бледно розового цвета.

Высыпания на слизистых оболочках, налет на языке и миндалинах отсутствуют.

Подкожно - жировая клетчатка выражена умеренно. Толщина кожной складки под углом лопатки 3 см. Отеков нет.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые) не пальпируются.

Мускулатура развита нормально, тонус мышц нормальный, мышцы безболезненны. Кости не деформированы. Акромегалия, «симптом барабанных палочек» и болезненность при поколачивании по костям отсутствуют.

Конфигурация суставов нормальная. Гиперемия, местное повышение температуры кожи в области сустава, болезненность при ощупывании, хруст, флокуляция в суставе отсутствуют.

Движения в суставах активные, свободные.

Исследование нервной системы

Сознание ясное.

Обоняние и вкус сохранены.

Органы зрения: глазные щели одинаковой величины, глазные яблоки подвижные, реакция на свет сохранена.

Косоглазия, двоения, нистагма не выявлено. Аккомодация и конвергенция со дружественная. Форма зрачков нормальная - круглая, диаметр 4 мм. Острота зрения нормальная.

Нарушение слуха и вестибулярного аппарата не выявлено.

Мимическая мускулатура, глотание, движение языка без патологий. Речь свободная. Читает и пишет нормально.

Походка обычная.

В позе Ром Берга наблюдается пошатывание испытуемого. Судороги, параличи отсутствуют. Менингеальные симптомы отрицательны. Патологических рефлексов и дермографизма нет.

Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена.

Органы дыхания

Голос нормальный. Носовое дыхание свободное.

Осмотр и пальпация.

Форма грудной клетки нормостенического типа. Асимметрии грудной клетки не обнаружено. Искривление позвоночника отсутствует. Над- и подключичные пространства не выбухают.

Ширина межреберных промежутков составляет примерно 1,5 см.

Положение лопаток нормальное, плотно прилегают к грудной клетке.

Движение грудной клетки при дыхании симметричное, равномерное. Тип дыхания смешанный.

Дыхание ритмичное.

Число дыхательных движений 18 в минуту.

Одышка в покое не наблюдается.

Пальпация грудной клетки безболезненна.

Шум трения плевры на ощупь не отмечается. Голосовое дрожание одинаково в симметричных участках.

Перкуссия легких

Данные сравнительной перкуссии: перкуторный звук легочный ясный, длительный, громкий.

Данные топографической перкуссии: Высота стояния верхушек легких спереди, слева и справа 3 см от края ключицы, сзади на уровне 7го шейного позвонка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вертикальные линии на грудной клетке | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | VI | VI |
| Передняя подмышечная | VII | VII |
| Средняя подмышечная | VIII | VIII |
| Задняя подмышечная | IV | IV |
| Лопаточная | X | X |
| Околопозвоночная  | На уровне остистого отростка Th XI | На уровне остистого отростка Th XI |
| Окологрудинная | VI | IV |

Подвижность легочных краев при вдохе и выдохе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная линия | 4 см | 4 см |
| Средняя подмышечная линия | 6 см | 6 см |
| Лопаточная линия | 4 см | 4 см |

Аускультация легких.

При аускультации легких наблюдается везикулярное дыхание.

Хрипы, шумы, шум трения плевры и шум плеска отсутствуют.

Органы кровообращения

Осмотр и пальпация области сердца.

При осмотре области сердца без изменений.

Сердечный горб отсутствует.

Видимая пульсация отсутствует. Левожелудочковый толчок определяется в 5ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Площадь левожелудочковаого толчка составляет примерно 1,5 см, средней силы, положительный.

Правожелудочковый толчок не определяется. Сердечное дрожание и шум трения перикарда не определяется.

Перкуссия сердца.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая граница в IV межреберье на 1,5 см справа от грудины

Левая граница в V межреберье на 1, 5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя граница в II межреберье по левой окологрудинной линии

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Аускультация сердца

Ритм сердца правильный. Тоны на верхушке ослаблены.

ЧСС 90 ударов в минуту.

Исследование артерий и вен

Видимой пульсации сонных артерий не отмечается.

Пульсации артерий в яремной ямке, артерий конечностей, симптом Мюссе и «червячка» отсутствуют.

Пальпация пульса

Частота 90 ударов в минуту.

Пульс симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения. Дефицита пульса не наблюдается. Капиллярный пульс отсутствует.

При аускультации сонной и бедренной артерии двойной тон Виноградова-Дюразье и двойной тон Траубе отсутствуют.

АД на правой и на левой руке одинаковое.

АД =110/70 мм.рт.ст.

Набухание вен не отмечается.

Пульсация отсутствует, шум «волчка» не наблюдается.

Органы пищеварения.

Полость рта: десны не кровоточат. Язык влажный. Слизистые бледно-розового цвета. Миндалины чистые.

Органы пищеварения

Живот округлой конфигурации, учувствует в акте дыхания, симметричен. Метеоризма нет. Пупок втянут. Расширенных подкожных вен не наблюдается. Грыжевых выпячивании, видимой перистальтики не наблюдается.

При поверхностной пальпации отмечается слабая болезненность в эпигастральной области.

Болевые точки (Боаса, Опенховского) безболезненны. Симптомы Менделя, Глинчикова, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Данные глубокой пальпации.

Нижняя граница желудка находится на 3 см выше пупка.

При глубокой скользящей пальпации сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого, плотного безболезненного цилиндра, не урчащего, толщиной примерно 5 см, мало смещаемого.

Восходящая и нисходяще части толстой кишки не пальпируются.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде смещаемого цилиндра толщиной примерно 5 см.

Привратник не пальпируется.

Асцита нет. Над всей поверхностью живота выслушивается тимпанический звук.

Гепатолиенальная система

При пальпации печень не увеличена. За край реберной дуги не выступает.

Размеры по Курлову:

Первый прямой 9см

Второй прямой 8см

Третий косой 7см

Желчный пузырь безболезненный.

Симптом Курвуазье отрицательный. Болезненные точки (желчного пузыря, холедохо-панкреатическая зона, Френикус симптом, акромиальная, лопаточная) безболезненные.

Селезенка не пальпируется.

Органы мочевыделения

Припухлости, изменения цвета кожи в почечной области не обнаружено. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки и реберно позвоночные точки при пальпации безболезненные.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обоих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Диурез в сутки составляет примерно 1,5 литра.

Эндокринная система

Щитовидная железа не увеличена, безболезненная при пальпации.

Глазные симптомы гипертиреоза отрицательные. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Индекс массы тела 30

Риск сосудистых осложнении менее 1%

Дифференциальная диагностика

В ходе опроса больного были выявлены такие жалобы как общая слабость, головокружение и сердцебиение, тошнота, боль неопределенного характера в эпигастрии, черный кал. В ходе осмотра состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледные, ЧСС=90 ударов в минуту, ритм сердца правильный, тоны сердца на верхушке ослаблены, пульс ослабленного наполнения и напряжения, а позе Ром Берга наблюдается пошатывание испытуемого, так же наблюдается болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Исходя из данных анамнеза и осмотра мы можем выделить острую кровопотерю как ведущий синдром. Острая кровопотеря может соответствовать таким заболеванием как легочное кровотечение, кровотечение из расширенных геморроидальных вен, желудочное кровотечение и кровотечение из расширенных вен пищевода.

Методом идентификации у больного отмечаются общая слабость, головокружение, сердцебиение в ходе осмотра выявлено бледные кожные покровы, ЧСС=90 ударов в минуту, тоны сердца ослабленные на верхушке, что может соответствовать легочному кровотечению, но методом исключения при легочном кровотечении будет наблюдаться кашель с прожилками алой крови, которого нет у данного пациента, следовательно диагноз легочное кровотечение не характерен для данного больного.

Методом идентификации у больного отмечаются общая слабость, головокружение, сердцебиение в ходе осмотра выявлено бледные кожные покровы, ЧСС=90 ударов в минуту, тоны сердца ослабленные на верхушке, что может соответствовать кровопотери при кровотечении из расширенных геморроидальных вен, но методом исключения при данном кровотечении будет наблюдаться кал с прожилками алой крови, что не соответствует жалобам данного пациента, так как у него наблюдается оформленный стул черного цвета.

Методом идентификации у больного отмечаются общая слабость, головокружение, сердцебиение в ходе осмотра выявлено бледные кожные покровы, ЧСС=90 ударов в минуту, тоны сердца ослабленные на верхушке, в позе Ром Берга наблюдается слабое пошатывание испытуемого, что может соответствовать кровотечению из расширенных вен пищевода. Методом исключения при кровотечении из вен пищевода будет наблюдаться обильная рвота кровью, что не соответствует симптомам проявления заболевания у данного больного, но для полного исключения донного диагноза необходимо выполнить ЭФГДС.

Методом идентификации у больного наблюдается общая слабость, головокружение, сердцебиение, ослабление тонов на верхушке сердца, ослабление наполнения и напряжения пульса, при неврологическом исследовании слабое пошатывание в позе Ром Берга. Все эти симптомы могут соответствовать желудочному кровотечению. Методом исключения при желудочном кровотечении помимо вышеперечисленных симптомов будет наблюдаться боль в эпигастральной области и черный кал, что характерно для данного больного. Для подтверждения диагноза желудочного кровотечения необходимы ряд лабораторных и инструментальных методов исследования.

Предварительный диагноз

Хронический эрозивный гастрит. Стадия обострения. Желудочное кровотечение.

подпись

План обследования

общий анализ крови

общий анализ мочи

биохимический анализ крови

билирубин

В-липопротеиды

фибриноген

ПТИ

кровь на глюкозу

кровь на группу крови и резус фактор

эзофагогастродуаденоскопия

рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЭКГ

подпись

План лечения

Госпитализация в стационар

препараты железа:

Rp.: Dragee «Ferroplecs» N 20

S.: Внутрь, по 1 таблетке 3 раза в день

#

Антисекреторные препараты (H2-гистаминовые рецепторы)

Rp.: Tab. Ranitidini 0.15

D.t.d. N 20

S.: Внутрь, по 1 таблетке 2 раза в день

#

4) Антациды

Rp.: «Aluminium phosphate gel» N. 20

S.: Внутрь, по 1 пакетику в день, предварительно разведя водой.

#

5)Антибактериальные препараты:

Rp.: Tab. Amocsicilini 1.0

D.t.d. N 20

S.: Внутрь, по 1 таблетке 3 раза в день.

диета с исключением жирного, острого соленого и преобладание в пищевом рационе кисломолочных продуктов, куриного бульона, киселей, слизистых каш.

отказ от алкоголя

подпись

Данные дополнительных методов исследования

общий анализ крови от 16.11.12

эритроциты 2,2 \* 10 в 12

гемоглобин 76 г/л

цветной показатель 1.03

лейкоциты 7.1\*10 9

эозинофилы 1%

нейтрофилы сегментоядерные 68%

лимфоциты 27%

моноциты 4 %

анизоцитоз умеренный

пойкилоцитоз слабый

СОЭ 15

ОАМ от 16.11.12

цвет соломенно желтый

реакция кислая

удельный вес 1014

прозрачная

белок не обнаруживается

биохимический анализ крови от 16.11.12

билирубин 6,0 мкмоль/л

В-липопротеиды 4.9 г/л

фибриноген 4.0 г/л

ПТИ 127 %

кровь на глюкозу от 16.11.12

глюкоза 4 ммоль/л

кровь на группу крови и резус факторот 16.11.12

группа крови 0(I)

Rh +

эзофагогастродуаденоскопия

Поверхностный антральный гастрит, эрозивный бульбит.

рентгеноскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Хронический гастродуаденит. Бульбит.

ЭКГ от 16.11.12



Расшифровка ЭКГ

Ритм синусовый

Ось сердца срединная

ЧСС=89

Патологические зубцы отсутствуют

Вольтаж достаточный

Заключение: синусовая тахикардия

Подпись

Продолжение дифференциального диагноза

После проведения дополнительных методов исследований можно провести следующий этап дифференциальный диагностики. Методом идентификации при лабораторных методах исследования наблюдается снижение количества эритроцитов до 2,2 \* 10 в 12, снижение Hb до 76 г/л.

С помощью инструментальных методов исследования выявлены поверхностный антральный гастрит и эрозивный бульбит.

Следовательно, ведущим синдромом можно выделить острую кровопотерю.

Данному синдрому могут соответствовать такие кровотечения как кровотечение из расширенных вен пищевода и желудочное кровотечение.

Методом исключения при ЭФГДС выявлена нормальная слизистая пищевода, следовательно, кровотечение из расширенных вен пищевода можно исключить.

В результате исследования на первый план выходит желудочное кровотечение вследствие обострения хронического эрозивного бульбита.

Этиология заболевания.

Причинным фактором возникновения эрозивного бульбита и поверхностного антрального гастрита будут являться не регулярное питание и чрезмерное употребление алкоголя.

Причинным фактором возникновения острой постгеморрагической анемии будет являться обострение эрозивного бульбита с кровотечением из эрозии.

Клинический диагноз.

Поверхностный антральный гастрит. Хронический эрозивный бульбит. Острая постгеморрагическая анемия.

подпись

Обоснование клинического диагноза

Поверхностный антральный гастрит и хронический эрозивный бульбит поставлены на основании

-жалоб: тошнота, боль в эпигастральной области, отсутствие аппетита.

-осмотра: болезненность при пальпации в эпигастральной области.

-инструментальных методов исследования: ЭФГДС и рентгеноскопи пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, при данных исследованиях было выявлено, что слизистая желудка изменена (гиперемирована, отечна), на луковице двенадцатиперстной кишки наблюдаются множественные эрозии.

Течение болезни.

Дневник от 16.11.12

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное.

Больной предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, тошноту, боли в эпигастральной области, отсутствие аппетита.

ЧДД=19

В легких хрипов нет.

Тоны сердца ослаблены, ритм правильный.

ЧСС=80

Пульс слабого наполнения и напряжения.

АД=120/80

Живот мягкий. При поверхностной пальпации отмечается не большая боль в эпигастральной область. Глубокая пальпация безболезненна. В позе Ром Берга наблюдается легкое покачивание испытуемого. Стул оформленный, черного цвета(на фоне принятия препаратов железа).

подпись

Дневник от 20.11.12

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное.

Больной активных жалоб не предъявляет.

ЧДД=20

В легких хрипов нет.

Тоны сердца ослаблены, ритм правильный.

ЧСС=83

АД=120/80

Живот мягкий, при поверхностной пальпации боль в эпигастральной области.

Стул оформленный, черного цвета (на фоне принятия препаратов железа).

подпись

Дневник от 21.11.12

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Больной активных жалоб не предъявляет.

ЧДД=20

АД=120/80

ЧСС=75

Ритм правильный. В легких хрипов нет.

Пульс симметричный на обеих руках, нормального наполнения и напряжения. Дефицита пульса не наблюдается.

Живот мягкий, поверхностная и глубокая пальпация безболезненны.

Стул оформленный, черного цвета (на фоне принятия препаратов железа).

подпись

Эпикриз

ФИО

Дата поступления в стационар 15.11.12

Клинический диагноз.

Поверхностный антральный гастрит. Хронический эрозивный бульбит. Острая постгеморрагическая анемия.

Жалобы при поступлении: Больной предъявляет жалобы на постоянную общую слабость, головокружение, сердцебиение в покое и усиливающееся после подъёма на один пролет, появление черного кала, тошноту и отсутствие аппетита в течении 3 дней и боль в эпигастратьной области.

Диагноз поставлен на основании анамнеза, осмотра и дополнительных методов исследования:

эритроциты 2,2 \* 10 в 12

гемоглобин 76 г/л

Поверхностный антральный гастрит и эрозивный бульбит поставлен на основании данных анамнеза и данных ЭФГДС и рентгенологического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Лечение:

-ферроплекс 1 таблетка 3 раза в день

-диета с исключением жирного, острого соленого и преобладанием в пищевом рационе кисломолочных продуктов, куриного бульона, киселей, слизистых каш.

-отказ от алкоголя

-ранитидин 150мг 2 раза в день

- фосфалюгель

- Амоксицилин 1000мг 3 раза в день.

Прогноз благоприятный при соблюдении правильного рациона питания.

Рекомендации:

- исключение алкоголя

- полноценное 5 разовое питание с соблюдением диеты (исключение жирного, острого соленого и преобладанием в пищевом рационе кисломолочных продуктов, куриного бульона, киселей, слизистых каш).

подпись