Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра факультетской Терапии

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Осипова И.В.

Преподаватель: д.м.н., доцент Козлов Б.И.

Куратор: студент 413 гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клиническая история болезни

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. лет, 412 палата, тер. отделение.

Клинический диагноз: Основной: ЯБ желудка, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, средней степени тяжести, обострение. ЯБ 12 перстной кишки впервые выявленная, деформация луковицы ДПК. Сопутствующий: ГБ 2 степень, 1 стадия, риск средний. Атрезия левого слухового прохода. Дискинезия по гипомоторному типу.

Дата поступления: 07. 09. 07

Дата курации: 07. 09. 07- 13. 09. 07

г. Барнаул 2007

**Паспортная часть**

Краевой госпиталь для ветеранов ВОВ.

Терапевтическое отделение №1, 412 палата, группа крови I, Rh +

Поступил – 07.09. 07 года, 9:00.

Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место жительства: живет – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы, профессия, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Диагноз направившего учреждения –ЯБ.

Клинический диагноз: Основной: ЯБ желудка, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, средней степени тяжести, обострение. ЯБ 12 перстной кишки впервые выявленная, деформация луковицы ДПК. Дискинезия по гипомоторному типу. Сопутствующий: ГБ 2 степень, 1 стадия, риск средний.

Атрезия левого слухового прохода.

Жалобы: На боли в эпигастральной области, изжогу, икоту. Боли возникают через 30 минут после еды, независимо от принимаемой пищи, носят острый, жгучий характер, стихают через 1 – 1,5 часа; боль иррадиации не имеет, облегчения ничто не приносит. Изжога не выражена, появляется после еды, проходит через ½ - 2 часа, в горизонтальном положении не усиливается. Икота возникает 3-4 раза в неделю, возникновение ни с чем не связывает, купируется после употребления воды.

Детализация жалоб:

система органов дыхания – на ринорею, затруднение носового дыхания, боль в горле, боли и чувство дискомфорта в грудной клетке, одышку, чувство удушья, нехватки воздуха, кашель жалоб не предъявляет.

Сердечнососудистая система – отмечает повышение артериального давления при психоэмоциональных и физических перегрузках до 165/105.

Пищеварительная система – жалобы на изжогу, отрыжку, при употреблении острой и соленой пищи, а также боли в эпигастральной области, возникающие через пол часа после приема пищи, и стихающие через 1-2 часа.

Система органов мочевыделения – мочеиспускание свободное, жалоб на учащенное мочеиспускание, болезненность, никтурию не отмечает.

Половая система – на нарушение половой функции, болей внизу живота, нарушение мочеиспускания не жалуется.

Эндокринная система – оволосение по мужскому типу, телосложение пропоруиональное, на похудание, увеличение массы тела, выпадение, ломкость волос, сухость кожи, изменение ее цвета, зуд кожи, ломкость ногтей, потливость, слабость, повышенную температуру тела жалоб не предъявляет.

Нервная система – Сон спокойный не нарушен, настроение спокойное, отмечает снижение зрения, редкие головные боли на фоне повышения артериального давления. На эпизоды потери сознания, судороги, слабость и параличи, тремор, непроизвольные движения, потерю чувствительности не жалуется.

Опорно-двигательный аппарат - на боли и ограниченную подвижность в суставах, ощущение напряженности мышц и сопротивления движениям жалоб не предъявляет.

Вывод: на основании жалоб можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная и сердечно-сосудистая системы.

**Anamnesis morbi**

Предположительное время начала заболевания – 1980 год, когда появилось чувство дискомфорта, тяжести после еды, в основном после жирной пищи, уменьшающихся через 30 минут. Тогда он обратился вгородскую поликлинику №1, где ему и был поставлен диагноз – Язвенная болезнь желудка. В дальнейшем заболевание перешло в хроническую форму. Амбулаторно никаких лекарственных препаратов не принимал, занимался самостоятельно траволечением. Все это время заболевание протекало с фазами ремиссии и обострения в осенний период. Накануне появились боли в эпигастральной области.

После психоэмоционального стресса, появились утром через 1 час после завтрака; боли с самого начала носили острый характер, возникали после каждого приема пищи, проходили через 1 – 1.5 часа после возникновения. Тогда же появились изжога, появлявшаяся после приема пищи, в основном жирной или острой, нерегулярно 1-2 раза в неделю, исчезала самостоятельно через 1-2 часа, икота – возникала 1-2 раза в неделю, независимо от приема пищи. С целью лечения принимал сок картофеля, сок алоэ с медом, на фоне лечения улучшения не было. С течением времени наблюдалось ухудшение состояния – боли в эпигастральной области усилились, изжога и икота стали проявляться чаще. 07.09.07 обратился в краевой госпиталь для ветеранов ВОВ.

Аллергические реакции на медикаменты отрицает.

Вывод: заболевание имеет острый характер, с прогрессирующем течением.

**Anamnesis vitae**

Родился в Ленинградской области Всеволожском р-не, Селе Ковейкюля 1937 года, 30 июля. Окончил среднюю школу, затем техникум электросвязи в 1957-1960 годах. Получил профессию радиоспециалиста, после чего проработал по своей специальности 30 лет. Женат, имеет детей- двух дочерей. Жена Таттари Нина Акимовна 67 лет, пенсионерка. Перенесенные заболевания: несколько раз болел гриппом, перенс операцию на правом ухе. Язва желудка с 1980 года.

Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина у себя отрицает. Вредных привычек не имеет. Проф вредности – высокочастотноге излучение. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Генеалогическое дерево**



Легенда:

I– мать больного умерла от насильственной смерти в 1938.

I– отец – в 1960 году от насильственной смерти.

II—Жена, страдает сахарным диабетом второго типа.

III Две дочери – здоровы.

**Status praesens communis**

Общее состояние удовлетворительное, положение в постели активное, состояние сознания ясное, поведение обычное. Телосложение правильное, конституция нормостенического типа, рост – 162см, масса – 59кг. Кожа нормальной окраски, шероховатая, сухая, эластичность снижена, тургор повышен, патологических элементов на коже нет. Волосы на голове нормальные. Ногти тусклые, ногтевое ложе бледно-розового цвета.

*Подкожно-жировая клетчатка*

Не выражена, толщина кожной складки 1см, отеков нет, распространение подкожно-жирового слоя равномерное.

*Периферические лимфоузлы*:

Задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, средние шейные, передние шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, биципитальные, кубитальные, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы развиты нормально, при пальпации безболезненны, уплотнений нет, мышечный тонус хороший.

*Костно-суставной аппарат*:

Кости не деформированы, при пальпации и поколачивании безболезненны, позвоночник не искривлен. Конфигурация суставов нормальная, без припухлостей и покраснений кожи, объем активный и пассивных движений в норме, движения безболезненны.

*Органы дыхания:*

Статический осмотр: грудная клетка нормостенического типа, эпигастральный угол около 90\*, передне-задний размер меньше бокового, надключичные ямки выражены, лопатки расположены на одном уровне.

Динамический осмотр: обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, равномерное, частота – 20 в минуту. Тип дыхания смешанный, преимущественно брюшного типа. Носовое дыхание не нарушено. При глубоком дыхании грудная клетка подвижна. Голос нормальный без охриплостей.

Пальпация: грудная клетка умеренной резистентности. Голосовое дрожание умеренное, одинаково выражено с обеих сторон грудной клетки, во всех 9 парных точках.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии в 9 парных точках на симметричных участках грудной клетки над легкими определяется ясный легочный звук. Границы легких в норме, подвижность легочного края во время вдоха и выдоха сохранена.

Результаты топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренинга | 5 | 5 |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| ПарастернальнаяСреднеключичнаяПереднеаксиллярнаяСреднеаксиллярнаяЗаднеаксиллярнаяЛопаточнаяПаравертебральная | 5 м/р6 м/р7 м/р8 м/р9 м/р10 м/рОстистый отросток XI грудного позвонка | 7 м/р8 м/р9 м/р10 м/рОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| СреднеключичнаяСреднеаксиллярнаяЛопаточная | 575 | -75 |

Аускультация: При аускультации во всех 9 парных точках на симметричных участках выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей, в местах проекции на грудную клетку бифуркации трахеи – спереди в области рукоятки грудины, сзади в межлопаточной области на уровне 2-5 позвонков. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет. При исследовании бронхофонии голос, проводимый на поверхность грудной клетки, выслушивается одинаково справа и слева в симметричных точках.

Сердечнососудистая система:

Осмотр:

Деформации грудной клетки в области сердца нет. Локализация верхушечного толчка в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, локализован, умеренной силы и высоты, площадью около 4 . Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая граница – 4 м/р на 1 см к наружи от правого края грудины.

Верхняя – по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии.

Левая – в 5 м/р по срединно-ключичной линии.

Правый контур сердца:

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела.

3 м/р на 1 см от правого края грудины.

Левый контур сердца:

5 м/р по левой срединно-ключичной линии, на 7 см влево от предней срединной линии тела.

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии.

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии.

Поперечник сердца 16 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р.

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева.

Левая: по левой срединно-ключичной линии.

Ширина сосудистого пучка во 2 м/р – 7 см.

Аускультация сердца:

Ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 73 ударов в минуту. 3 и 4 тоны не выслушиваются. Раздвоения, расщепления и дополнительных тонов нет.

Основные точки аускультации:

1 точка:

Выслушивание митрального клапана в 5 м/р слева. Первый систолический тон средней силы, глухой, продолжительный. Второй диастолическй тон менее продолжительный и более высокий, чем первый.

2 точка:

Выслушивание аортального клапана во 2 м/р справа у края грудины. Первый тон ослаблен, глухой. Второй тон звонкий и короткий (акцент 2-ого тона).

3 точка:

Аускультация клапана легочной артерии во 2 м/р слева у края грудины. 1 тон ослаблен, глухой, 2 тон средней силы, звонкий, коротокий.

4 точка:

Аускультация трикуспидального клапана в месте прикрепления мечевидного отростка к грудине. 1 тон средней силы, глухой, 2 тон ослаблен, глухой, короткий.

Дополнительные точки аускультации:

5 точка:

Точка Боткина – Эрба – выслушивание аортального клапана в 3 м/р слева. 1 тон средней силы, глухой. 2 тон средней силы, звонкий, короткий.

6 точка:

Точка Наунина – выслушивание митрального клапана в 4 м/р слева у края грудины. 1 тон средней силы, глухой. 2 тон звонкий, короче 1 тона, средней силы.

7 точка:

Точка Левиной – выслушивание трикуспидального клапана в вершине эпигастрального угла. 1 тон средней силы, длинный, глухой. 2 тон ослаблен, глухой, короткий.

Внутрисердечные шумы не выслушиваются. Шум трение перикарда и плевроперикардиальные шумы не слышны. Артериальное давление на обеих руках одинаковое – 130/90. Пульс твердый на обеих руках нормального наполнения и напряжения – 73/мин. При исследовании периферических сосудов – височные, плечевые, лучевые, дорзальные и сосуды нижних конечностей – эластичные, стенка гладкая. Вены при пальпации безболезненные, не расширены. Покраснения кожи под венами, наличия уплотнения по ходу вен не определяется.

Система пищеварения.

Запаха изо рта не ощущается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычно окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, имеется белый налет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет.

Зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

Живот округлой формы, симметричен. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Перестальтических и антиперестальтических движений, видимых через брюшную стенку нет. Подкожных венозных анастомозов и коллатералей нет.

При пальпации живота на симметричных участках температура поверхности одинакова, кожа умеренной влажности. Передняя брюшная стенка мягкая, податливая. Грыжевых ворот в области пупочного кольца и по белой линии нет. Синдром раздражения брюшины – отрицательный.

При глубокой пальпации в левой подреберной и эпигастральной области умеренно выраженная болезненность

При перкуссии живота – тимпанический звук. При пальпации живота в положении лежа на спине и на боку симптома флюктуации смещения тупого звука не выявлено, что свидетельствует об отсутствие свободной жидкости в брюшной полости.

Перкуссия печени по Курлову:

- по срединно–ключичной линии 9 см

- по белой линии живота – 8 см

- по левой реберной дуге – 6 см

Перкуссия селезенки:

Поперечник между 9 и 11 ребрами – 6 см, длинник – 8 см.

Система мочевыделения.

При осмотре припухлости, отека, покраснения в поясничной области не обнаружено. Мочеточники и мочевой пузырь не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки. Цвет мочи соломенно-желтый.

Нервная система.

Память считает удовлетворительной. Сон считает удовлетворительным, раздражительности, плаксивости нет, охотно вступает в контакт. Координация движений не нарушена. Ортостатическая проба, зрачковые рефлексы сохранены. Глазные симптомы, такие как экзофтальм, Грефе, Мебиуса, тремор рук, век, языка не обнаружены.

Эндокринная система.

Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту и полу. Увеличения размеров носа, языка, челюстей, ушных раковин, кистей, стоп отсутствуют. Лицо симметричное, щитовидная железа не пальпируется.

**Предварительный диагноз**:

На основании жалоб больного:

1. На боли в эпигастральной области, изжогу, икоту. Боли возникают через 30 минут после еды, независимо от принимаемой пищи, носят острый, жгучий характер, стихают через 1 – 1,5 часа; боль иррадиации не имеет, облегчения ничто не приносит. Изжога не выражена, появляется после еды, проходит через ½ - 2 часа, в горизонтальном положении не усиливается. Икота возникает 3-4 раза в неделю, ее возникновение ни с чем не связывает.
2. На головные боли, связанные с повышением давления во время психо-эмоциональных и физическом переутомлении до 165/105

Может свидетельствовать о вовлечении в процесс сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

По данным объективного обследования:

1) повышение давления на обеих руках;

А также на повышение АД до 165/105,

Можно предположить что это ГБ 2 степень, 1 стадия, риск средний.

1. на основании наличия белого налета на языке, болезненности при пальпации в слева в эпигастральной области, а также наличии жалоб больного и анамнеза можно предположить язвенную болезнь желудка, в стадии обострения.

Таким образом предварительный диагноз: ГБ 2 степень, 1 стадия, риск средний, язвенная болезнь желудка, рецидивирующее течение, легкой степени, обострение.

**План дополнительных методов обследования**:

Выявление заболеваний пищеварительной системы.

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови (включая определение содержания фибриногена, и С-реактивного белка, ревматоидных гликопротеидов).
4. Исследование серологических реакций (RW, антитела к ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов)
5. УЗИ органов брюшной полости.
6. ЭКГ.
7. Фибро-гастро-дуоденоскопия.
8. Дуоденальное зондирование.
9. Рентгено-контрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.
10. Компьютерная томография органов брюшной полости

**Выявление заболеваний сердечнососудистой системы:**

1. лабораторные методы
	* общий анализ крови (цель- выявление факторов риска, оценка состояния органов мишеней, диагностика ассоциированных клинических состояний)
	* общий анализ мочи ( исследование органа мишени – почек. Может быть протеинурия)
	* биохимический анализ крови ( определение уровня холестерина, триглицеридов, β-липопротеидов- для диагностики атеросклероза)
	* кал на я/г (выявление патологий связанных с гельминтами)
	* анализ крови на сахар (исключение сахарного диабета)
2. инструментальные методы
* ЭКГ (во время приступа стенокардии) – гипертрофия левого желудочка, нарушение ритма и проводимости как возможная причина артериальной гипертензии, электролитные нарушения, признаки ИБС (изменение зубца Т, смещение сегмента ST выше или ниже изолинии).
* Суточное мониторирование ЭКГ – выявление болевых и без болевых эпизодов ишемии миокарда в привычных для больных условиях, а также возможные нарушения ритма сердца на протяжении суток.
* Эхокардиография – гипертрофия левого желудочка, оценка сократимости миокарда, проведение дифференциальной диагностики болевого синдрома (пороки сердца, легочная гипертензия, кардиомиопатии, перикардиты, пролапс митрального клапана).
* Велоэргометрия, тредмил, стресс-эхокардиография – выявление ишемии миокарда, недостаточности венечных артерий.
* Коронарная ангиография – выявление наличия, локализации и степени сужения венечных артерий.
* Сцинтиграфия миокарда – выявление участков ишемии миокарда.
* УЗИ сосудов, почек, надпочечников для выявления вторичных артериальных гипертензий.
* Консультация невропатолога, окулиста.

**План лечения:**

План лечения язвенной болезни жеудка**:**

1) Диета

2) комплексная терапия, направленная на лечении ЯБ, ассоциированной с Helykobacter pylori.

3) ЯБ не ассоциированная с H. Pylori:

антациды, холиноблокаторы Н 2 рецепторов гистамина, блокаторы натриевой и калиевой АТФазы.

4) Хирургическое лечение

5) Диспансеризация и профилактика.

\*План лечения гипертонической болезни:

1) Контроль Ади факторов риска.

2) Изменение образа жизни.

3) Лекарственная терапия:

-блокаторы медленных кальциевых каналов

- диуретики

- B адреноблокаторы

-ингибиторы АПФ

-блокаторы ангеотензина II

-a адреноблокаторы

-центрального действия (клонидин)

-комбинированные (адельфан)

4)комбинированная терапия

Результаты дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови от 08.09.07.:

гемоглобин – 132 г/л; СОЭ – 15мм/час; лейкоциты 4.8\*109/л; эозинофилы – 2; палочкоядерные – 1, сегментоядерные – 47, лимфоциты – 44, моноциты – 6. Биохимия крови от 17.12.03.: билирубин общий – 17.8 ммоль/л; холестерин – 6.0 ммоль/л; мочевина – 6.0 ммоль/л; сахар крови – 5.6 ммоль/л; диастаза крови – 24.0; тимоловая проба – 2.5; протромбин – 10.9; фибриноген – 3.85; общий белок – 79.2 г/л; сиаловая проба – 0.180; АСТ - 0.31 мкмоль/(ч\*л); АЛТ – 0.44 мкмоль/(ч\*л).

Группа крови 0 (I), резус – положительный.

ЭКГ № 18108 от 08.09.07.:

ритм синусовый правильный, ЧСС 73/мин. RR – 0.68-0.73, QT – 0.37, ST на изолинии, P – 0.02, PQ – 0.10, ЭОС нормальная

Общий анализ мочи от 08.09.07.:

цвет – соломенно-желтый, прозрачность – мутная; белок – отр, удельный вес – 1029, лейкоциты – 2-3 в поле зрения; эритроциты – 1-2 в поле зрения; плоский эпителий – 2-4 в поле зрения; слизь - +.

Анализ кала от 08.09.07.:

консистенция – оформленная; цвет – коричневый; рН – 7.0; слизь - ++; мышечные волокна – 2-4 в поле зрения; растительная клетчатка: перевар – 1-2, неперевар – 3-5; нейтральные жиры – ед; лейкоциты – 1-3; я/глис – нет.

ФГДС от 09.09.07.

Пищевод и кардия свободно проходимы. В нижней трети пищевода слизистая гиперемированна. В желудке натощак немного слизи, слизистая отечна, гиперемированна больше в нижней трети, в нижней трети истончена, с мелко-очаговой гиперемией. В средней трети тела по малой кривизне хр. язва 0.6\*0.9\*0.2 см, дно покрыто фибрином. Биопсия, цитология. Луковица ДПК рубцово деформирована, выраженные явления бульбита, на нижней стенке «красный» рубец, БДС без особенностей. Clo-test – умеренная инфицированность НР.

Патогистологический диагноз № 16539-42: хр. язва желудка.

УЗИ органов брюшной полости от 10.09.07.

Печень:

нормальных размеров

контур ровный

эхогенность не изменена

эхоструктура однородна

Желчный пузырь: V1 - 17 см3 V2 - 9 см3 V3 – 7 см3

Размеры в норме

Форма: деформация в области шейки

Стенка: тонкая

Эхогенность стенок: не изменена

Конкрементов нет

Печеночные протоки: изменены, утолщены, эхогенность повышена.

Общий печеночный проток: не изменен

Печеночные вены: не изменены

Воротная вена: не изменена

Селезенка: не увеличена, не изменена, однородна

Поджелудочная железа: не изменена, эхогенность не повышена

Почка: Положение не изменено, размеры почек не изменены, эхогенность не повышена, конкрементов нет.

Заключение: Перегиб желчного пузыря. Диффузное изменение стенок желчных протоков.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного:

На боли в эпигастральной области, изжогу, икоту. Боли возникают через 30 минут после еды, независимо от принимаемой пищи, носят острый, жгучий характер, стихают через 1 – 1,5 часа; боль иррадиации не имеет, облегчения ничто не приносит. Изжога не выражена, появляется после еды, проходит через ½ - 2 часа, в горизонтальном положении не усиливается. Икота возникает 3-4 раза в неделю, возникновение ни с чем не связывает, купируется после употребления воды.

А также на основании анамнеза:

После психоэмоционального стресса, появились утром через 1 час после завтрака; боли с самого начала носили острый характер, возникали после каждого приема пищи, проходили через 1 – 1.5 часа после возникновения. Тогда же появились изжога, появлявшаяся после приема пищи, в основном жирной или острой, нерегулярно 1-2 раза в неделю, исчезала самостоятельно через 1-2 часа, икота – возникала 1-2 раза в неделю, независимо от приема пищи. С целью лечения принимал сок картофеля, сок алоэ с медом, на фоне лечения улучшения не было. С течением времени наблюдалось ухудшение состояния – боли в эпигастральной области усилились, изжога и икота стали проявляться чаще. 07.09.07 обратился в краевой госпиталь для ветеранов ВОВ.

Можно предположить язвенная болезнь желудка, рецидивирующее течение.

Учитывая данные дополнительных методов обследования:

данные ФГДС подтверждают предварительный диагноз язвенной болезни желудка, свидетельствуют о наличии язвенного дефекта в средней трети малой кривизны желудка, Clo-test – умеренная инфицированность НР – указывает на ассоциацию ЯБЖ с НР, патогистологическое исследование подтверждает диагноз язвы желудка, данные ФГДС - Луковица ДПК рубцово деформирована, имеются выраженные явления бульбита, на нижней стенке «красный» рубец, указывают на язвенную болезнь ДПК, отсутствие данных в anamnesis morbi et anamnesis vitae о язвенной болезни ДПК указывает на впервые выявленную язвенную болезнь ДПК.

О дискинезии ЖВП по гипомоторному типу свидетельствуют результаты УЗИ - желчный пузырь V1 – 6 см3; V2 – 5 см3; V2 – 4 см3, отёк слизистой, размеры нормальные, перегиб в области тела, стенки тонкие, эхоплотность стенок повышена, конкрементов нет, печеночные протоки не изменены, общий желчный проток нормален, где видно что уменьшение объема желчного пузыря при проведении пробы недостаточно.

Исходя из жалоб по поводу повышения АД при физических нагрузках и психо-эмоциональном напряжении можно сделать вывод о наличии гипертонической болезни.

Таким ообразом окончательный клинический диагноз:

Основной: ЯБ желудка, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, средней степени тяжести, обострение. ЯБ 12 перстной кишки впервые выявленная, деформация луковицы ДПК. Дискинезия по гипомоторному типу. Сопутствующий: ГБ 2 степень, 1 стадия, риск средний.

Атрезия левого слухового прохода.

**Дифференциальный диагноз:**

синдромы основного заболевания: боли в эпигастральной области после еды, диспепсический синдром. Заболевания для которых характерны эти синдромы: хронический гастрит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рак желудка. Хроническому гастриту не присущи острые эпигастральные боли. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы изжога усиливается при наклоне туловища или в горизонтальном положении тела, боли в эпигастрии не связаны с приемом пищи. Для рака желудка не характерен острый болевой синдром, типичными являются резкое похудание, снижение жизненного тонуса, быстрая утомляемость, короткий язвенный анамнез.

**Лечение:**

1) Лечение основного заболевания:

Медикаментозная терапия при ЯБ:

* + - 1. Трехкомпонентная схема эрадикации:

а)-омепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

-метронидазол 400 мг 3 раза в сутки

-кларитромицин 250 мг 2 раза в сутки

б)- ранитидин 150 мг 2 раза в сутки

-амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

-метроеидазол 250 мг 4 раза в сутки в течение 7-14 дней.

2) Четырехкомпонентная схема: антисекркторный, препарат висмута и 2 противомикробных препарата:

-омепразол 20 мг 2 раза в сутки,

- лансопразол 30 мг 2 раза в сутки или пантопразол 40 мг 2 раза в сутки

-коллоидный субцитрат висмута 120 мг 4 раза в сутки

-тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки и метронидазол 250 мг 4 раза в сутки.

Патогенетическая терапия: при бострении язвенной болезни желудка или ДПК после курса эрадикационной терапии в течение 4-7 недель, для достижения более эффективного заживления язвы, при непереносимости антигеликобактерной терапии, а также ЯБ при хроническом гастрите с нормальной или повышенной кислотопродуцирующей функцией желудка в фазе обострения неассоциированных с H.pylori.

1) Антисекреторные:

-омепразол 20 мг

Лансопразол 30 мг

2) Блокаторы Н2 рецепторов гистамина:

- ранитидин 150 мг 2 раза в день

-фамотидин 20 мг 2 раза в день

3) М-холинолитики:

-Атропина сульфат 0.1% -1,0

-пирензепин 25-50 мг.

4) Цитопротекторы:

Де-нол 120 мг 4 раза в день.

-сукральфат по 1г 3-4 раза в день за 0,5-1 час до еды и перед сном.

-мизопростол 0,2 мг 3-4 раза в день во время еды.

Симптоматическая терапия.

Антациды:

-альмагель 25-30 мл через 1-3 часа после еды и на ночь.

Лечение дискинезии ЖВП:

*Гипертоническая дискинезия*

* 1. Диета.
	2. Спазмолитики.
		+ Холиноблокаторы:

Пирензепин 25 мг 2 раза в сутки внутрь

Метацин 0,004-0,006 г 2-3 раза в день внутрь

Но-шпа 2 мл внутримышечно

* Холеретики:

Аллохол по 1 таблетке 3 раза в день после еды

Никодин по 0,5 г 3 раза в день

Оксафенамид 0,25 г 3 раза в день

Отвар цветков бессмертника 6-12грамм на 200 мл воды принимают по ½ стакана в теплом виде 2-3 раза в день за 15 минут до еды.

*Гипотоническая дискинезия*

*1)-* Сульпирид по 0,05 г 2-3- раза в день за 30 мин до еды или по 2 мл 5% раствора в/м,

-настойка лимонника по 20-25 капель 2-3 раза в день за 30 минут до еды,

-настойка стрихнина (чилибухи) по 5-10 капель 2-3 раза в день за 30 минут до еды

-метаклопрамид по 10 мг 3 раза в день за 30 минут до еды.

2) Холекинетики сорбит 10% раствор по 50-100 мл 2-3- раза в день за 30 минут до еды в течение 3 мес. Магния сульфат 20-25% раствор по 1 ст/л натощак втечение 10 дней.

* + - 1. Лечение сопутствующей патологии:

*Лечение ГБ:*

* Диуретики:

Хлрталидон 20 мг 1 раз в сутки

Гидлохлортиазид 20 мг 1 раз в сутки

Фуросемид 50 мг 1 раз в сутки

* B – адреноблокаторы:

Атенолол 70 мг 2 раза в сутки

Бисопролол 10мг 1 раз в сутки

Надолол 50 мг 1 раз в сутки

Пропранолол 50 мг 2 раза в сутки

* Центрального действия:

Клонидин 0,5 мг 2 раза в сутки

Метилдофа 0,5 г 3 раза в сутки

* Альфа и бетта адреноблокаторы:

Лабетолол 0,5г 2 раза в день

Карведилол 20 мг 2 разав сутки

* Симпатолитики:

Гуанетидин 20 мг 1 раз в сутки

Резерпин 0,1 мг 1 раз в сутки

* Ингибиторы АПФ:

Каптоприл 50 мг 3 раза в сутки

Рамиприл 10 мг 2 раза в сутки

* Блокаторы рецепторов ангеотензина 2:

Вальсартан 0,1г 1раз в сутки

Лозартан 0,05г 2 раза в сутки

* Блокаторы медленных кальциевых кналов:

Верапамил 320 мг 1 раз в сутки

Амлодипин 5-10 мг 1 раз в сутки

Исрадипин 2,5- 10 мг 2 раза в сутки

* Прямые вазодилататоры:

Гидралазин 50-300 мг 2-4 раза в сутки

Миноксидил 5-100 мг 2 раза в сутки

*Дневник курации:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Дата07.09.07 | Состояние больногоСостояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на умеренные, жгучие боли в эпигастральной области после еды, интенсивность болей уменьшилась, продолжительность 1 час. Изжога, икота сохраняются. Температура тела 37.7\*ССостояние сознания ясное, поведение обычное. Задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, средние шейные, передние шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, биципитальные, кубитальные, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.Мышцы при пальпации безболезненны, уплотнений нет, мышечный тонус хороший. Костно-суставной аппарат: конфигурация суставов нормальная, без припухлостей и покраснений кожи, объем активный и пассивных движений в норме, движения безболезненны. Органы дыхания: тип дыхания грудной, дыхание ритмичное, одышки и патологического дыхания нет, ЧДД – 20. Нарушения носового дыхания нет. Голос нормальный. Голосовое дрожание усилено в подлопаточной области справа и слева. Перкуторно: по все точкам звук ясный легочный.Высота стояния верхушек легких 3 см справа и слева, ширина полей Кренига справа – 4 см, слева – 4 см., нижние границы легких:Справа слеваLinea parasternalis 5 мр Mediaclavicularis 6 мр axilaris ant. 7 мр 7 мрaxilaris med. 8 мр 8 мрaxilaris post. 9 мр 9 мрscapularis 10 мр 10 мрparavertebralis 10 мр 10 мрподвижность нижних краев легких: по среднеключичной линии справа на вдохе 2 см, на выдохе 2см, по средней подмышечной справа на вдохе 3 см , на выдохе 3 см, слева – на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, по лопаточной линии справа на вдохе 2см, на выдохе 2 см, слева на вдохе 2 см, на выдохе 2 см.Аускультативно: дыхание везикулярное по всем точкам. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок разлитой, высокий, резистентный, пальпируется в 5 межреберье на среднеключичной линии. Перкуторно: относительная тупость сердца: справа 1 см от правого края грудины, слева 1см вправо от среднеключичной линии, верхняя граница на III межреберье, поперечник относительной тупости 12 см. Абсолютная тупость сердца справа по правому краю грудины, слева на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя граница на IV ребре. Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сосудистого пучка 5 см. Аускультативно: основные точки – митральный клапан (зона верхушечного толчка) - тоны сердца ясные, шумов нет; аортальный клапан (II межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; клапан легочного ствола (II межреберье слева от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; трикуспидальный клапан (IV межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; дополнительные точки – точка Боткина-Эрба – тоны ясные, шумов нет, точка Наунина – тоны ясные, шумов нет, точка Левиной – тоны ясные, шумов нет. АД: правая рука – 130/90 мм. рт. ст., левая рука – 130/90 мм. рт. ст. На поверхностной височной справа и слева, общей сонной справа и слева, подмышечной и плечевой справа и слева, бедренной справа и слева, подколенной справа и слева, задней большеберцовой справа и слева, тыльной артерии стопы справа и слева пульсация хорошая. На аорте и подвздошных артериях справа и слева пульсация не определяется. Пульс на лучевой артерии справа и слева ритмичный, частота 73 уд/мин., твердый, большой, равномерный, синхронный. Аускультация сосудов - шумов нет. Отеков нет.Органы пищеварения. При осмотре полости рта язык розового цвета, влажный, покрыт белым налетом, трещин нет, язв нет; десны светло розового цвета, состояние слизистой хорошее, язв нет; зев, миндалины, глотка без гиперемии, налетов, кровоизлияний. Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц брюшной стенки нет, опухолевидные образования и грыжи отсутствуют, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде плотно-эластичного цилиндра в левой подвздошной области, толщиной около 4 см, безболезненна, с гладкой поверхностью, подвижна, слепая кишка пальпируется в виде мягко-эластичного образования в правой подвздошной области, безболезненна, с гладкой поверхностью, восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром около 5 см, безболезненна, поперечная ободочная кишка не пальпируется, нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 4 см, безболезненна, желудок не пальпируется, поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. При глубокой пальпации в левой подреберной и эпигастральной области умеренно выраженная болезненностьПечень: край плотно-эластичной консистенции, безболезненный, поверхность гладкая, перкуссия по Курлову: I размер 9 см, II размер 7 см., III размер 7 см. Перкуссия селезенки: поперечник тупости селезенки – 4 см., длинник тупости селезенки – 5 см. При перкуссии живота свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости нет.При аускультации живота определяется шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины нет. Система мочеотделения: Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Болезненности по ходу мочеточников нет. Мочевой пузырь не пальпируется.Эндокринная система: щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы: экзофтальм, Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны.  | ЛечениеTab. Omeprozoli 0.022 р/д, до еды у/в.Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды.Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/дTab. Promedoli 0.52 р/д после еды |
| 10.09.07 | Состояние с положительной динамикой, предъявляет жалобы на икоту, других жалоб нет. Температура 37 оС, АД: правая рука -130/90 мм. рт. ст., левая рука – 130/90 мм. рт. ст., пульс – 75 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, 18/мин. Границы легких без изменений, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца без изменений. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки без изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.022 р/д, до еды у/в.Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до едыTab. Amoxicyllini 0.5 4 р/дTab. Promedoli 0.52 р/д после еды |
| 11.09.07 | Состояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на икоту 1 раз в день, других жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -125/80 мм. рт. ст., левая рука – 125/76 мм. рт. ст., пульс – 74 уд/мин. ЧД 18/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.022 р/д, до еды у/в.Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до едыTab. Amoxicyllini 0.5 4 р/дTab. Promedoli 0.5 2 р/д после еды |
| 12.09.07 | Состояние с положительной динамикой жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -125/85 мм. Рт. Ст., левая рука – 125/85 мм. Рт. Ст., пульс – 72 уд/мин. ЧД 17/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.022 р/д, до еды у/в.Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до едыTab. Amoxicyllini 0.5 4 р/дTab.Promedoli 0.52 р/д после еды |
| 13.09.07 | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -125/85 мм. Рт. Ст., левая рука – 125/85 мм. Рт. Ст., пульс – 72 уд/мин. ЧД 17/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.022 р/д, до еды у/в.Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до едыTab. Amoxicyllini 0.5 4 р/дTab. Promedoli 0.52 р/д после еды |

**Лист ведения:**

****

**Рекомендации:**

Медикаментозное лечение на амбулаторном этапе:

Rp.: Tinidazoli 0.5

D.t.d. N 20 in tab.

S. По 1 таблетке после еды 2 раза в день утром и вечером, 2 недели.

Rp.: Roxithromycini 0.15

D.t.d. N 20 in tab.

S. По 1 таблетке после еды 2 раза в день утром и вечером, 2 недели.

Rp.: Omeprazoli 0.02

D.t.d. N 50 in tab.

S. По 1 таблетке до еды 2 раза в день утром и вечером, 4 недели.

Эндоскопический контроль после лечения и контроль реинфекции (в дальнейшем каждые 6 месяцев).

Rp.: Tab. Extr. Valerianae N 20

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Rp.: Almagelum 250.0

S. По 1 столовой ложке до еды, в течении 8 недель с повторение курса через 6 месяцев.

Rp.: Tab. Famotidini 0.04 N 20

S. По 1 таблетке 2 раза в день утром и вечером до еды, в течении 4 недель с повторением курса через 6 месяцев.

Амбулаторное наблюдение у терапевта 2 раза в год.

Диета: нарпавлена на химическое и физическое щажение желудка, показана при хроническихигастритах и ЯБ в фазу ремиссии. Можно употреблять: слабый чай с молоком. Цельное молоко, фруктовые и овощные соки, разведенные 1:3 , хлеб белый чёрствый. Из молочных блюд: свежий творог, сметана, тертый сыр. Жиры: сливочное не соленое масло, омлет и яйца в смятку, супы вегеторианские, или молочные. Мясо и рыба: не жилдистые и не жирные сорта: говядина, курица. Крупы – все, кроме пшенной. Ягоды – сладкие сорта, фрукты-вареные, печеные, протертые; кисели, желе.

Не следует: мясные, рыбные консервы, грибы, жареное, сырая непротертая клетчатка. Солнеые блюда, острые закуски, колбасу , черный хлеб,мороженое, очень холодные напитки и содержащие углекислый газ.

Санаторно-курортное лечение: на бальнеологических курортах — Арзни, Боржоми, Дорохове, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Краинка, Миргород, Моршин, Трускавец и др. Помимо основного лечебного фактора — минеральных вод — используют грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, климатические факторы.

**Список использованной литературы:**

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. и Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М., 1987;
2. Внутренние болезни. 2 изд., испр./Под ред. С.И. Рябова, В.А. Алмазова, Е.В. Шляхто. – СПб.: СпецЛит. 2001. – 861с.: ил.
3. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, М., 1986;
4. Частная хирургия. Т. 1: Под ред. академика РАМН, проф. Ю.Л. Шевченко. 2 изд., испр. и доп. – СПб: СпецЛит, 2000. – 512с.: ил.