1. X.
2. Дата рождения - 16.04.1900г.
3. г. Москва,.
4. Профессия - пенсионер.
5. Поступила - 01.12.2000г.
6. Курация - 10.01.2001г.

**Жалобы на:** Периодическиеболи в правом подреберье и эпигастрии сжимающего характера без иррадиации. Боли чаще возникают ночью, проходят после приема пищи. Появилась отрыжка кислым, а в последнее время иногда тухлым. Чувство тяжести после еды, тошноту.

Предъявляет жалобы на запоры, которые иногда сменяются на диарею и боль в эпигастрии принимает опоясывающий характер; а так же на подъёмы артериального давления, учащение сердцебиение и аритмию. Повышенное утомление, раздражительность.

**Anamnesis morbi:** С 1988г появились боли в спине и чувство онемения рук по ночам, невропатологом был назначен румалон. После курса инъекций румалона появились боли в правом подреберье, которые больная ни с чем не связывает. Препарат был отменен, боли исчезли. Периодически такие коротковременные приступы боли в правом подреберье беспокоили пациентку. Она была обследована, и по данным УЗИ поставлен диагноз жировой гепатоз печени. Четыре года назад появились боли в правом подреберье и эпигастрии сжимающего характера без иррадиации. Боли возникали ночью, проходили после приема пищи. Появилась отрыжка кислым. Такие приступы бывают чаще всего в весенний период. Иногда боли принимали опоясывающий характер. Появилось склонность к запорам. Последнее ухудшение здоровья началось в октябре-ноябре 2000г: появились ночные боли в правом подреберье и эпигастрии, изжога, отрыжка кислым, чувство переполнения желудка после еды в связи с чем больная обращалась в поликлинику, где ставили диагноз гастрит. Больную беспокоили интенсивные ночные боли в животе. Больная на последнем приёме в поликлинике нервничала, стало беспокоить тахикардия, чувство «периодического замирания» сердца, поднялось АД 190\80 мм.рт.ст и она госпитализирована в 67 гкб с диагнозом гипертонический криз. жалобы на повышение артериального давления появились впервые в 20 лет, когда во время второй половины беременности впервые поднялось артериальное давление до 160\90 мм.рт.ст., после родов давление стабилизировалось. Следующее повышение артериального давления отметила в 35 лет (1978г), во врем стресса на работе, появилась головная боль, головокружение, тошнота, мушки перед глазами. Была госпитализирована с диагнозом гипертонический криз (АД 190/100мм.рт.ст.). Амбулаторно был назначен адельфан, который хорошо поддерживал рабочие давление на цифре 130\80 мм.рт.ст. Давление стабилизировалось, но отмечались подъёмы артериального давления и небольшие отеки на ногах весной в связи с нервным напряжением на работе, которые купировались клафилином. Последний год принимала вазокардин и аспирин.

При настоящем поступлении в 67гкбм 01.12.2000г была госпитализирована в терапевтическое отделение, где получала гипотензивное лечение: анаприлин 40 mg 3р в день, сердалуд 1т 3р в день, димидрол 1т н\н с хорошим эффектом давление стабилизировалось и стало 130\80 мм.рт.ст. Однако, боли в животе не прошли, произведена ЭГДС, где обнаружены целующеюся язвы луковицы 12п. к-ки.

**Anamnesis vitae:** Место рождения и родителей не помнит, воспитывалась в детдоме. Образование среднее техническое. С 18 лет и до 55 лет работала бухгалтером на химическом предприятии по производству летучих кислот. Живет в полноценной семье, в доме с лифтом. Любит жаренную, острую пищу. Вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, корь. Оперирована по поводу глаукомы в 1978г, ампутация матки в1983г(миома), Два года назад после простуды появились рези при мочеиспускании, боль в низу живота и поясницы, поднялась температура до 38˚С. В поликлинике по УЗИ поставлен диагноз МКБ, камень левой почки, хр. пиелонефрит, цистит. Венерические болезни, Tbc, желтухи, травм не было. Кровь не переливали. Аллергию отмечает на новокаин (отек слизистых оболочек). Наследственность - единственный сын - язва 12п.к-ки. Сестра болеет сахарным диабетом.

**Status preasens:** Общее состояние удовлетворительно, сознание ясное, положение активное . Телосложение - нормостеник. Температура тела = 36,5. Выражение лица спокойное. Кожные покровы и видимые слизистые - бледно розовые. Сосудистые, трофические изменения, кровоизлияния, рубцы, отеки отсутствуют. Имеется небольшая ассимитрия шеи. Ногти розовые. Жировая клетчатка распределена по женскому типу. Лимфоузлы не увеличены. Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы: мягкие, безболезненные. Мышцы развиты умерено, тонус сохранен. Суставы не изменены, движения сохранены в полном объёме. Кости при перкуссии безболезненные.

**Система органов кровообращения:**

*Жалобы:* см. при поступлении.

*Осмотр:* Область сердца не изменена, видимых патологических пульсаций в области шеи и сердца не наблюдается. *Пальпация:* Верхушечный толчок пальпируется в области пятого межреберья на 1 см латеральнее среднеключичной линии, его диаметр = 2 см.. Область безболезненна. *Перкуссия:* границы относительной тупости сердца: Правая - 1,5 см. от правого края грудины. Левая - в области пятого межреберья на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Верхняя - третье межреберье по окологрудинной линии. Поперечник относительной тупости сердца - 12 см. Ширена сосудистого пучка на уровне второго межреберья - 7 см. Конфигурация сердца нормальная. *Аускультация:* Тоны сердца ясные, ритмичные. Над аортой акцент второго тона и выслушивается мягкий дующий шум. Дополнительные тоны и шум трения перикарда отсутствуют. ЧСС-70/мин.

*Исследования сосудов:* Артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, ритмичен, хорошего наполнения, 70 в минуту. АД - 130/80 мм.рт.ст.

***Система органов дыхания.***

*Жалобы:* отсутствуют.

*Осмотр*: форма носа не изменена, дыхание свободное. Гортань не деформирована. Голос звучный. Грудная клетка нормостеническая, не ригидная, участвует в акте дыхания. Ключицы и лопатки выступают не сильно. Боковой размер превосходит переднезадний. Тип дыхания смешанный. Число дыханий 20-18 в мин. *Пальпация:*  болезненных участков при пальпации не выявлено. Голосовое дрожание легких проводится хорошо. *Сравнительная перкуссия:* легких - легочный звук над всей поверхностью лёгких.

*Топографическая перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **верхняя граница:** | **справа:** | **слева:** |
| высота верхушек спереди | 3см. | 3см. |
| высота верхушек сзади |  vll шейный | vll шейный |
| **нижняя граница легких** | **справа:** | **слева:** |
| по окологрудинной | 5 ребро | не определяется |
| по среднеключичной | 6 ребро | не определяется |
| по переднеподмышечной | 7 ребро | не определяется |
| по среднеподмышечной | 8 ребро | 8 ребро |
| по заднеподмышечной | 9 ребро | 9 ребро |
| по лопаточной | 10 ребро | 10 ребро |
| по околопозвоночной  | 11 ребро | 11 ребро |
| **дыхательная экскурсия** | **справа:** | **слева:** |
| по среднеключичной | 5см. | не определяется |
| по среднеподмышечной | 5см. | 5см. |
| по лопаточной | 5см. | 5см. |

*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково.

***Система органов пищеварения.***

Желудочно-кишечный тракт.

*Осмотр:* язык влажный, с серым налетом, сосочковый слой сохранен. Десны и мягкое небо слегка гиперемированны. Живот втянут, симметричен, в акте дыхания участия принимает. Видимая перистальтика и венозные коллатерали отсутствуют.

*Перкуссия:* определяется тимпанический звук над всей поверхностью живота. Наличие жидкости не выявлено.  *Пальпация:* Поверхностная ориентировочная пальпация: определяются болезненные участки и напряжение мышц в правой подреберной области. Расхождение мышц живота, наличие грыж, поверхностных опухолей не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

1. Сигмовидная кишка - определяется в левой подвздошной области в виде цилиндра, диаметром ≈ 4 см., с гладкой поверхностью , без урчания, не смещаемая, плотная, безболезненная, гладкая.
2. Слепая кишка - определяется в правой подвздошной области в виде цилиндра, диаметром ≈ 5 см., с гладкой поверхностью , мало смещаемая на 1,5 см., безболезненная.
3. Восходящая ободочная кишка - определяется в правой боковой области живота, в виде цилиндра, диаметром ≈ 5см., гладкая, мягкая на ощупь, безболезненная, мало смещаемая на ≈ 1 см.
4. Нисходящая ободочная кишка - определяется в левой боковой области живота, в виде цилиндра, диаметром ≈ 5см., гладкая, упругая на ощупь, немного болезненная, мало смещаемая на ≈ 1 см.
5. Граница большой кривизны желудка определяется на уровне 2 см. выше пупка, в этой области методом аускульторной перкуссией определяется громкий звук. Здесь пальпируется в виде гладкого тяжа большая кривизна желудка, уплотненная, болезненная.
6. Привратник и аппендикс пропальпировать не удалось.
7. Поперечно-ободочная кишка - определяется ниже пупка на 0,5 см., гладкая, плотная, в виде цилиндра, диаметром ≈ 5-6 см., безболезненная.

*Аускультация:* аускультативно перистальтика кишечника вялая, практически не выслушивается. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

Печень и желчный пузырь:

*Жалобы:* см. при поступлении.

*Осмотр:* выпячивании и отставания в дыхании этой области нет.

*Перкуссия:* границы печени по Курлову верхняя: По правой среднеключичной линии - 6 ребро. границы печени по Курлову нижняя: По правой среднеключичной линии - +1см. ниже реберной дуги. По передней серединной линии- между 1\3 и 2\3 расстояния между мечевидным отростком и пупком. По левой реберной дуге - на уровне 7 ребра. Симптом Ортнера отрицательный. *Пальпация:* Край печени определяется сразу под реберной дугой, закругленный, безболезненный. Размеры печени по Курлову: По правой среднеключичной линии - 11 см. По передней серединной линии- 8 см. По левой реберной дуге - 7см. Желчный пузырь не пальпируется. *Аускультация:* Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

Селезенка.

*Жалобы:* отсутствуют. *Осмотр:* выпячивании и отставания в дыхании этой области нет. *Перкуссия:* определяются размеры селезенки длинник - 6 см., поперечник - 4 см.

*Аускультация:* Шум трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

Поджелудочная железа:

*Жалобы:* отсутствуют. *Пальпация:* увеличение и уплотнение в этой области не выявлено.

***Система органов выделения.***

*Жалобы:* *:* отсутствуют. *Осмотр:* наличие гиперемии, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Выбухания в надлобковой области нет.

*Перкуссия:* Симптом поколачивания отрицательный. В надлобковой области звук тимпанический. Дно мочевого пузыря не определяется. *Пальпация:* почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено.

***Нервная и эндокринная системы.***

*Жалобы:* на небольшое похудание в течении последних 4 лет. Жалоб на головные боли отсутствуют. *Осмотр:* строение тела пропорционально. Кожа сухая, тургор сохранен. При пальпации щитовидной железы - ассимитрична, мягкая, безболезненная, в правой половине пальпируется узел 2×2 см. На момент осмотра сознание ясное, ориентированна в месте, времени и ситуации. Общается активно, немного суетлива.

***Предварительный диагноз:*** язвенная болезнь 12 п. к-ки, обострение. Синдром гипертензии. Синдром раздраженного кишечника.

На основании жалоб на периодическиеночныеболи в правом подреберье и эпигастрии сжимающего характера без иррадиации, проходящие после приема пищи, жалоб на появление отрыжки кислым, а в последнее время иногда тухлым, чувство тяжести после еды, тошноту, запоры, которые иногда сменяются на диарею, можно думать о патологии в ЖКТ.

На основании жалоб на подъёмы артериального давления, учащение сердцебиение и аритмию можно думать о патологии сердечно-сосудистой системы.

Можно выделить следующие синдромы:

1. Локальный болевой синдром: имеется локальная болезненность в области правого подреберья и эпигастрия, без иррадиации, физикально: локальное напряжение мышц. Структура болевого синдрома: ночные, голодные боли, которые проходят после приема пищи. Из анамнеза установлено - сезонность болей (чаще в весенний период).
2. Диспепсический синдром: отрыжка кислым, а в последнее время иногда тухлым. Чувство тяжести после еды, тошноту.
3. Синдром нарушения моторики: жалобы на частые запоры.
4. Астеновегетативный синдром: Повышенное утомление, раздражительность.
5. Синдром гипертензии: жалобы на подъем артериального давления ( при поступлении 190/100 мм.рт.ст.) Физикально: расширение границ сердца влево, акцент второго тона на аорте.
6. Сидром раздраженного кишечника: жалобы на диарею.

***План обследования.***

1. ЭКГ.
2. ЭГДС.
3. Контрастная рентгенография желудка.
4. Рентгеноскопия органов грудной полости.
5. Общий анализ крови. Сахар крови.
6. Общий анализ мочи. Диастаза мочи.
7. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, билирубин, АсТ, АлТ.
8. Консультация эндокринолога. Кровь на тирео-гормоны.
9. Консультация окулиста.
10. УЗИ органов брюшной полости и почек.
11. Контроль АД.

***Результаты обследования:***

1. **Анализ мочи от** 10.01.2001г.

Цвет - светло-желтый,

прозрачность - не полная,

относительная плотность - 1014,

реакция - кислая,

белок, сахар - не обнаружен,

лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

1. **Биохимический анализ от** 10.01.2001г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель: | Обнаружено: | Норма: |
| АлТ | 22  | 5-32 |
| АсТ | 15 | 5-31 |
| Щелочная фосфотаза:ЛДГ | 167236 | 64-306225-450 |
| Креатинин: | 75 | 44-97 |
| Билирубин общий | 15 | 3,4-20,5 |

1. **Анализ крови от** 10.01.2001г.

Сахар крови - 6,5 ммоль\л

Мочевина – 4,2 ммоль\л

Холестерин – 5,6 ммоль\л

Общий белок – 76,9 г\л

Сывороточное Железо- 23,5

Протромбин - 90.

1. **Анализ крови общий от** 10.01.2001г.

Hb - 118 г/л.; Лейкоциты -8,4 тыс.; СОЭ - 15 мм/час.; Палочкоядерные - 6%; Сегментоядерные - 47%; Эозинофилы - 1% ; Лимфоциты - 35%; Моноциты - 11%.

* **Гормоны.**

### Fт – (2,5-5,8 рm)

Fт 15,6 (11,5-23 рm)

ТТГ 3,3 (0,2-4,05 мmд/л),

* **ЭКГ. 4.12.00.**

# Ритм синусовый. Две одиночные желудочковые экстрасистолы. Полугоризонтальная электрическая ось сердца. Гипертрофия левого желудочка. Выраженное изменение миокарда деформирующего характера. RR= 0,33, Q=0,14, QRS=0,09, QT=0,40, R1>R2>R3. Частота - 65 ударов в мин.

* **ЭГДС.** 19.12.00.

Пищевод проходим. Кардия смыкается. В желудке небольшое количество светлой жидкости, складки эластичные, слизистая гиперемирована. Перистальтика живая. Привратник проходим. Луковица 12п. к-ки деформирована, по задней ее стенке, ближе к малой кривизне, на 2 см. ниже привратника, видна язва до 1 см. в диаметре, довольно глубокая, покрыта фибрином с инфильтрацией краев.

* **ЭГДС.** 4.01.01.

При повторном осмотре сохраняется выраженная деформация луковицы 12 п. к-ки. По передней стенке луковицы 12 п. к-ки. виден грубый рубец. По задней стенке, «зеркально» видна язва до 5-6 мм. в диаметре, неглубокая, покрытая фибрином. В желудке патологии не выявлено.

*Заключение:* рубцующаяся хроническая язва в рубцово- деформированной луковице 12 п. к-ки.

* **Консультация эндокринолога.**

D.S: Хронический аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием. Эутиреоз.

* **УЗИ от 28.12.00.**

Жировой гепатоз. Хронический холецистит. Жировая инфильтрация pancries. Конкремент? Печень по Курлову 11см-8см-7см. Край у реберной дуги.

**Клинический диагноз и его обоснование:**

**Основной диагноз** –Язвенная болезнь 12 п. к-ки. «Целующиеся язвы» луковицы. Обострение.

**Основной диагноз** - Эссенциальная гипертоническая болезнь ⎜⎜ степени. Кризовое течение.

**Осложнение** – не выявлено.

**Сопутствующие заболевания**: жировой гепатоз печени, хронический панкреатит, хронический бес каменный холецистит, хронический аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, эутиреоз.

**Обоснование:**

* диагноз язвенной болезни поставлен: на основании локального болевого синдрома правого подреберия и эпигастрия, диспепсического синдрома, синдрома нарушения моторики, астеновегетативного синдрома. Подтвержден на ЭГДС: Пищевод проходим. Кардия смыкается. В желудке небольшое количество светлой жидкости, складки эластичные, слизистая гиперемирована. Перистальтика живая. Привратник проходим. Луковица 12п. к-ки деформирована, по задней ее стенке, ближе к малой кривизне, на 2 см. ниже привратника, видна язва до 1 см. в диаметре, довольно глубокая, покрыта фибрином с инфильтрацией краев. По передней стенке луковицы 12 п. к-ки. виден грубый рубец. По задней стенке, «зеркально» видна язва до 5-6 мм. в диаметре, неглубокая, покрытая фибрином. В желудке патологии не выявлено. В анализе крови снижение Hb до 118 г\л, увеличение лейкоцитов до 8,4; СОЭ до 15мм\ч. А так как яркая клиническая картина на ЭГДС, то можно поставить фазу обострения.

# Диагноз гипертоническая болезнь поставлен на основании синдрома гипертензии: жалобы на подъем артериального давления в анамнезе, при поступлении 190/100 мм.рт.ст. Физикально: расширение границ сердца влево, акцент второго тона на аорте. Подтверждено на ЭКГ: Ритм синусовый. Полугоризонтальная электрическая ось сердца. Гипертрофия левого желудочка. Выраженное изменение миокарда деформирующего характера. R1>R2>R3. Так как не выявлено почечной патологии, фиохромоцитомы и др. заболеваний можно признать эссенциальную природу гипертонической болезни. ⎜⎜ степень поставлена на основании изменений в органах мишенях: расширение границ сердца влево, акцент второго тона на аорте.. Кризовое течение поставлено на основании гипертонических кризов в анамнезе.

* Сопутствующая патология поставлена на основании: жировой гепатоз печени установлен в 1988г и подтвержден на УЗИ от 3.01.01г, хронический панкреатит установлен на УЗИ от 3.01.01г и синдрома раздраженного кишечника в анамнезе, хронический бескаменный холецистит на УЗИ от 3.01.01г; Хронический аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, эутиреоз – на основании консультации эндокринолога и физикальных данных: имеется небольшая ассимитрия шеи и при пальпации щитовидной железы - ассимитрична, мягкая, безболезненная, в правой половине пальпируется узел 2×2 см.

**Этиология язвенной болезни:**

Полиэтиологичное заболевание.

Основные факторы:

1. стресс,

2-хронические заболевания желудка и 12 п. к-ки протекающие с нарушением моторно-секреторной функции.

3-нарушение ритма и характера питания,

4-наследственность,

5-злоупотребление курением и алкоголем.

**Патогенез язвенной болезни:**

При одновременном действии нескольких предрасполагающих факторов происходит дезинтеграция процессов возбуждения и торможения, что ведет к функциональной перестройке гипоталамо-гипофизарной системы, повышается активность парасимимпатической части вегетативной нервной системы. Все это ведет, с одной стороны, к усилению факторов агрессии: увеличение секреции соляной кислоты , усиление моторики, а с другой стороны , к снижению факторов защиты: снижение регенеративной способности слизистой, уменьшение выработки слизи. В свою очередь это приводит к увеличению попаданию факторов агрессии на ослабленную слизистую 12 п. к-ки. с исходом в язвенную болезнь.

*Обоснование принципов лечения язвенной болезни:*

1. эрадикация Helicobactori pylori.
2. Подавление кислотно-пептической активности.
3. Коррекция моторной функции.
4. Восстановление слизисто- бикарбонатного барьера.
5. Стимуляция регенерации.
6. Устранение стрессов.

**Лечение.**

* Режим- постельный.
* Стол- №1.
* Фенозепам по 1 т. на ночь.
* Омепрозол по 20 мг. 2 р. в д. в течении 10 дней.
* Альмагель – по 1 стол. ложке за 15 мин. до еды. + по 1 стол. ложке при болях.
* Церукал – по 5 мг. 3 р. в день.
* Сайтотек – по 1 т. 3 р. в день.
* Солкосерил –2 мл. в/м.
* Де - нол – по 2 т. 4 р. в день.
* Метронидазол – по 0,25г. 3 р. в день.

**Дневник 8,02,00г**

Жалобы не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы розовые. Температура тела 36,6. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное. ЧД - 18/мин. Система кровообращения: ЧСС - 75/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. PS - 75/мин. АД 110/80 мм/рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка в норме. Мочеиспускание не нарушено.

Терапия признана обоснованной, т.к. болевой синдром уменьшился. Рекомендовано продолжить лечение.

**Дневник 9,02,00г**

Жалобы на запор. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы розовые, Температура тела 36,6. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное. ЧД - 18/мин. Система кровообращения: ЧСС - 75/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. PS - 75/мин. АД 110/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка в норме. Мочеиспускание не нарушено.

Рекомендовано: очистительную клизму на ночь.

**Дневник 11,02,00г**

Жалобы не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы розовые, отек правой ноги почти прошел Температура тела 36,6. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное. ЧД - 18/мин. Система кровообращения: ЧСС - 75/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. PS - 75/мин. АД 110/80 мм/рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка в норме. Мочеиспускание не нарушено.

Терапия признана обоснованной, т.к. болевой синдром уменьшился. Рекомендовано продолжить лечение.

**Этапный эпикриз**

X, 16.04.1900г, пенсионер. Поступил - 01.12.2000г. Жалобы на:Периодическиеболи в правом подреберье и эпигастрии сжимающего характера без иррадиации. Боли чаще возникают ночью, проходят после приема пищи. Появилась отрыжка кислым, а в последнее время иногда тухлым. Чувство тяжести после еды, тошноту. Предъявляет жалобы на запоры, которые иногда сменяются на диарею и боль в эпигастрии принимает опоясывающий характер; а так же на подъёмы артериального давления, учащение сердцебиение и аритмию. Повышенное утомление, раздражительность. Anamnesis morbi: С 1988г после курса инъекций румалона появились боли в правом подреберье, которые больная ни с чем не связывает. Она была обследована, и по данным УЗИ поставлен диагноз жировой гепатоз печени. Четыре года назад появились боли в правом подреберье и эпигастрии сжимающего характера без иррадиации. Боли возникали ночью, проходили после приема пищи. Появилась отрыжка кислым. Такие приступы бывают чаще всего в весенний период. Иногда боли принимали опоясывающий характер. Появилось склонность к запорам. Последнее ухудшение здоровья началось в октябре-ноябре 2000г: появились ночные боли в правом подреберье и эпигастрии, изжога, отрыжка кислым, чувство переполнения желудка после еды в связи с чем больная обращалась в поликлинику, где ставили диагноз гастрит. Больную беспокоили интенсивные ночные боли в животе. Больная нервничала, стало беспокоить тахикардия, чувство «периодического замирания» сердца, поднялось АД 190\80 мм.рт.ст и она госпитализирована в 67 гкб. Повышение артериального давления отметила в 35 лет (1978г), во врем стресса на работе, появилась головная боль, головокружение, тошнота, мушки перед глазами. Была госпитализирована с диагнозом гипертонический криз (АД 190/100мм.рт.ст.). Амбулаторно был назначен адельфан, который хорошо поддерживал рабочие давление на цифре 130\80 мм.рт.ст. Давление стабилизировалось, но отмечались подъёмы артериального давления и небольшие отеки на ногах весной в связи с нервным напряжением на работе, которые купировались клафилином. Последний год принимала вазокардин и аспирин. Anamnesis vitae:С 18 лет и до 55 лет работала бухгалтером на химическом предприятии по производству летучих кислот. Любит жаренную, острую пищу. Вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, корь. Оперирована по поводу глаукомы в 1978г, ампутация матки в1983г(миома), В поликлинике по УЗИ поставлен диагноз МКБ, камень левой почки. Венерические болезни, Tbc, желтухи, травм не было. Кровь не переливали. Аллергию отмечает на новокаин (отек слизистых оболочек). Наследственность - единственный сын - язва 12п.к-ки. Сестра болеет сахарным диабетом. Status preasens:Общее состояние удовлетворительно, сознание ясное, положение активное . Температура тела = 36,5. Выражение лица спокойное. Кожные покровы и видимые слизистые - бледно розовые. Сосудистые, трофические изменения, кровоизлияния, рубцы, отеки отсутствуют. Имеется небольшая ассимитрия шеи Лимфоузлы не увеличены. Система органов кровообращения: *Осмотр:* Область сердца не изменена. *Пальпация:* Верхушечный толчок пальпируется в области пятого межреберья на 1 см латеральнее среднеключичной линии, его диаметр = 2 см.. Область безболезненна. *Перкуссия:* границы относительной тупости сердца: расширены влево. Поперечник относительной тупости сердца - 12 см. Ширена сосудистого пучка на уровне второго межреберья - 7 см. Конфигурация сердца нормальная. *Аускультация:* Тоны сердца ясные, ритмичные. Над аортой акцент второго тона и выслушивается мягкий дующий шум. ЧСС-70/мин. АД - 130/80 мм.рт.ст. Система органов дыхания.

*Осмотр*: форма носа не изменена, дыхание свободное. Тип дыхания смешанный. Число дыханий 20-18 в мин. *Пальпация:*  болезненных участков при пальпации не выявлено. Голосовое дрожание легких проводится хорошо. *Сравнительная перкуссия:* легких - легочный звук над всей поверхностью лёгких. *Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково. Система органов пищеварения. Желудочно-кишечный тракт:язык влажный, с серым налетом, сосочковый слой сохранен. Живот втянут, симметричен, в акте дыхания участия принимает. *Перкуссия:* определяется тимпанический звук над всей поверхностью живота. Наличие жидкости не выявлено.  *Пальпация:* Поверхностная ориентировочная пальпация: определяются болезненные участки и напряжение мышц в правой подреберной области. Расхождение мышц живота, наличие грыж, поверхностных опухолей не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный. Печень и желчный пузырь: выпячивании и отставания в дыхании этой области нет.

*Перкуссия:* границы печени по Курлову верхняя: По правой среднеключичной линии - 6 ребро. границы печени по Курлову 11см-8см-7см. Симптом Ортнера отрицательный. *Пальпация:* Край печени определяется сразу под реберной дугой, закругленный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. *Система органов выделения****.***

наличие гиперемии, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Выбухания в надлобковой области нет.

*Перкуссия:* Симптом поколачивания отрицательный. *Пальпация:* почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено. *Жалобы:* строение тела пропорционально. Кожа сухая, тургор сохранен. При пальпации щитовидной железы - ассимитрична, мягкая, безболезненная, в правой половине пальпируется узел 2×2 см. На момент осмотра сознание ясное, ориентированна в месте, времени и ситуации. Общается активно, немного суетлива.

Анализ мочи от 10.01.2001г. Цвет - светло-желтый, прозрачность - не полная, относительная плотность - 1014, реакция - кислая, белок, сахар - не обнаружен, лейкоциты - 0-1 в поле зрения. Анализ крови от 10.01.2001г. Сахар крови - 6,5 Мочевина – 4,2 ммоль\л Холестерин – 5,6 ммоль\л Общий белок – 76,9 Сывороточное Железо- 23,5 Протромбин - 90; Hb - 118 г/л.; Лейкоциты -8,4 тыс.; СОЭ - 15 мм/час.; Палочкоядерные - 6%; Сегментоядерные - 47%; Эозинофилы - 1% ; Лимфоциты - 35%; Моноциты - 11%. Гормоны. Fт – (2,5-5,8 рm), Fт (15,6 - 11,5-23 рm) ТТГ 3,3 (0,2-4,05 мmд/л), ЭКГ. 4.12.00. Ритм синусовый. Две одиночные желудочковые экстрасистолы. Полугоризонтальная электрическая ось сердца. Гипертрофия левого желудочка. Выраженное изменение миокарда деформирующего характера. RR= 0,33, Q=0,14, QRS=0,09, QT=0,40, R1>R2>R3. Частота - 65 ударов в мин. ЭГДС. *Заключение:* рубцующаяся хроническая язва в рубцово- деформированной луковице 12 п. к-ки. *Клинический диагноз***:** Язвенная болезнь 12 п. к-ки. «Целующиеся язвы» луковицы. Обострение. Эссенциальная гипертоническая болезнь ⎜⎜ степени. Кризовое течение. Сопутствующие заболевания: жировой гепатоз печени, хронический панкреатит, хронический бес каменный холецистит, хронический аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, эутиреоз.

**Лечение.** Фенозепам по 1 т. на ночь. Омепрозол по 20 мг. 2 р. в д. в течении 10 дней. Альмагель – по 1 стол. ложке за 15 мин. до еды. + по 1 стол. ложке при болях. Церукал – по 5 мг. 3 р. в день. Сайтотек – по 1 т. 3 р. в день. Солкосерил –2 мл. в/м. Де - нол – по 2 т. 4 р. в день. Метронидазол – по 0,25г. 3 р. в день.

**Прогноз:** Относительно благоприятный при исключении стресса, курения, наличие регулярного питания. При не соблюдении рекомендаций, возможно обострения, которые могут привести к стенозированию луковицы 12п. к-ки.

Литература: лекционный материал, «Внутренние болезни» В.И. Маколкин, С.И Овчаренко.