Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет

Кафедра факультетской хирургии №2

Заведующий кафедрой: д.м.н. профессор Хатьков И.Е.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Преподаватель: асс. Панкратов А.А.

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. ФИО больного: Возраст 58 лет;
2. Семейное положение: вдова;
3. Профессия: пенсионерка;
4. Место жительства:
5. Дата поступления в клинику:22.04.2009г.

## ЖАЛОБЫ

При поступлении: жалобы на постоянную боль в эпигастральной области, рвоту темно-коричневого цвета, слабость.

На момент осмотра: жалобы отсутствуют.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с 1990 года когда впервые появились боли в эпигастральной области после приема пищи через 2-3 часа. К врачам не обращалась, занималась самолечением. Боли были редкими, не носили постоянного характера.

22 апреля 2009года, когда впервые появились сильные боли в эпигастральной области, многократная рвота темно-коричневого цвета, слабость. Бригадой скорой медицинской помощи пациентка доставлена в ГКБ №68.

## ANAMNESIS VITAE

**Краткие биографические данные:** родилась 22.02.1951г в Москве 2-ым ребенком в семье, росла и развивалась без патологии, закончила 8 классов.

**Семейно–половой анамнез:** Менструации с 1964года , периодичностью 28 дней, продолжительностью 4 дня, количество выделений умеренное. В брак вступила в 1971 году. Было 2 беременности, 1 из которых закончились родами, 1 - искусственным абортом, без осложнений. Менопауза в 48 лет. Климакс без особенностей. Вдова, имеет 1 ребенка.

**Трудовой анамнез:** начала работать с 16 лет техслужащей. С 55 лет на пенсии.

**Бытовой анамнез:** проживает в г. Москве, в блочном доме, в 2-х комнатной квартире общей площадью 46м, санузел раздельный, водоснабжение централизованное. В квартире проживает с сыном. В зонах экологических бедствий не находилась.

**Питание** регулярное, трех разовое, разнообразное.

**Вредные привычки:** курение, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

**Перенесенные заболевания:** ОРЗ, ОРВИ в детском и юношеском возрасте. В 2000 году перенесла острый инфаркт миокарда. В 2007 году – острое нарушение мозгового кровообращения. Туберкулез, желтуху, сахарный диабет венерические заболевания отрицает. Кровь, кровезаменители не переливались. В течение последних 6 месяцев парентерального введения лекарственных средств не производилось.

**Аллергоанамнез** не отягощен.

**Наследственность** не отягощена.

**STATUS PRAESENS**

**Общее состояние больного:** удовлетворительное

**Состояние сознания:** ясное

**Положение больного:** активное

**Телосложение:** правильное

**Конституция:** гиперстеническая

**Осанка:** сутуловатая

**Походка:** медленная,уверенная

**Рост:** 164 см **вес:** 78 кг **температура тела:** 36,6

**Кожные покровы** бледные, влажность кожи умеренная, тургор сохранен. Пигментация, депигментация, высыпания, пятна, сосудистые изменения, кровоизлияния отсутствуют.

**Видимые слизистые** бледные, умеренной влажности, высыпания отсутствуют.

**Подкожно-жировая клетчатка** развита чрезмерно. Толщина кожной складки на животе около пупка - 4см, на спине под углом лопатки - 3,5см. Видимые отеки отсутствуют.

**Лимфатические узлы**: затылочные, околоушные, заушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, под- и надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные - не пальпируются.

**Степень развития мускулатуры** удовлетворительная, тонус сохранен, сила достаточна, симметрична. Болезненность и уплотнения не выявляются.

**Кости** правильной формы, деформация и болезненность не выявляются.

**Суставы** правильной конфигурации, припухлость над суставами, болезненность, гиперемия и гипертермия кожи над суставами отсутствуют. Активные движения в суставах безболезненны, осуществляются в полном объеме, хруст при движениях отсутствует.

**Кисти:** форма правильная, цвет бледно- розовый. Атрофия мышц не выявлена. Симптом «барабанных палочек» , узелки Гибердена, Бушара, тофусов не выявлено. Печеночных ладоней не обнаружено.

**Стопы:** форма правильная, цвет бледно- розовый. Атрофия мышц не выявлена. Симптом « барабанных палочек», тофусов не выявлено.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалоб нет.

Дыхание через нос, свободное. Голос тихий.

Грудная клетка правильной формы, симметрична, гиперстенического типа, деформация отсутствует. Венозные коллатерали не расширены. Окружность грудной клетки 105см, экскурсия грудной клетки на уровне IV ребра – 4см (на вдохе – 107см, на выдохе – 103см). Дыхательные движения симметричны. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Дыхание средней глубины, ритмичное.

При пальпации грудной клетки болезненные участки не выявляются. Эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблнно, одинаково над всеми участками грудной клетки.

Перкуторный звук ясный легочный.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | справа | слева |
| Высота стояния верхушек спереди | 2см | 2см |
| Высота стояния верхушек сзади | CVII | CVII |
| Ширина полей Кренига | 6см | 6см |
| Нижняя граница легких: |  |  |
| По срединноключичной линии | 6 м/р | - |
| По передней подмышечной линии | 7 м/р | 7 м/р |
| По средней подмышечной линии  | 8 м/р | 8 м/р |
| По задней подмышечной линии | 9 м/р | 9 м/р |
| По лопаточной линии | 10 м/р | 10 м/р |
| По оклопозвоночной линии | ThXI | ThXI |
| Дыхательная экскурсия нижнего краялегких по лопаточной линии |  |  |
| вдох | 2см | 2см |
| выдох | 2см | 2см |
| общая | 4см | 4см |

При аускультации дыхание ослабленное везикулярное. Хрипы и другие побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония ослабленна, одинакова над всеми участками грудной клетки.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жалоб нет.

При осмотре области шеи пульсация сонных артерий умеренная, пульсация и набухание шейных вен не выявлены.

При осмотре области сердца сердечный горб, верхушечный толчок, сердечный толчок, пульсация во II межреберьях около грудины не выявлены. Патологическая прекардиальная пульсация отсутствует.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1см кнутри от левой срединноключичной линии, усиленный, площадью 2см, высокий, резистентный. Сердечный толчок не пальпируется. Дрожание в области сердца не выявлено.

Границы относительной тупости сердца:

Правая: IV межреберье, на 1,5 см кнаружи от правого края грудины;

Левая: V межреберье по левой срединноключичной линии;

Верхняя: по верхнему краю III ребра на 2см кнаружи от левого края грудины.

Поперечник относительной тупости сердца: правый – 3см, левый – 11см, общий – 14см. ширина сосудистого пучка во II межреберье – 6см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: IV межреберье по срединной линии;

Левая: V межреберье на 1см кнутри от левой срединноключичной линии;

Верхняя: по верхнему краю IV ребра на 2см кнаружи от левого края грудины.

При аускультации сердца выслушиваются ритмичные приглушенные сердечные тоны.

В I точке аускультации выслушиваются два тона, I тон громче II не более чем в 2 раза.

Во II точке аускультации выслушиваются два тона, II тон громче I не более чем в 2 раза. Выявлен акцент II тона над легочной артерией.

В III точке аускультации выслушиваются два тона, II тон громче I более чем в 2 раза.

В IV точке аускультации выслушивается два тона, I тон громче II не более чем 2 раза.

В V точке аускультации выслушивается мелодия двух тонов, равные по громкости.

Расщепление, раздвоение тонов, патологические тоны и шумы не выслушиваются.

При осмотре и пальпации височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных артерий и артерий тыла стопы выявлена умеренная пульсация, стенки артерий гладкие, эластичные. Пульсация аорты в яремной ямке не выявлена. При выслушивании сонных и бедренных артерий патологические тоны и шумы не выслушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, частота пульса – 76, ритм правильный, пульс умеренного наполнения, напряжения, величины и скорости.

АД на плечевых артериях одинаковый на обеих руках – 130/80 мм рт.ст.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Жалоб нет.

При осмотре полости рта язык розовый, влажный, обложен белым налетом, сосочковый слой сохранен, трещины и язвы отсутствуют. Десны, мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, геморрагии и изъязвления отсутствуют. Выявлена частичная адентия. Миндалины без патологии.

При осмотре живот симметричен, живот симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует, венозные коллатерали не выражены, рубцы отсутствуют, пупок втянут, грыжевые выпячивания и видимые опухоли отсутствуют. Окружность живота на уровне пупка – 110см.

При поверхностной ориентировочной пальпации живота болезненность и напряжение мышц в эпигастральной области не выявлена. Расхождение прямых мышц живота, грыжевые выпячивания, поверхностно расположенные опухоли отсутствуют. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптомы Грея-Тернера, Куллена, Керте, Воскресенского, Мейо-Робсона отрицательные.

Тимпанический перкуторный звук. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

При аускультации кишечника выслушивается периодическая негромкая перистальтика; шум трения брюшины не выслушивается. При аускультации брюшной аорты выслушивается 2 тона равной громкости, шумы не выслушиваются. При аускультации почечных артерий тоны и шумы не выслушиваются.

## ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

При осмотре ограниченное выпячивание в области правого подреберья отсутствует, дыхание в этой области не ограничено.

Границы печени по Курлову:

Верхняя: по VII ребру по правой срединноключичной линии;

Нижняя: по правой срединноключичной линии – край реберной дуги; по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка;

По левой реберной дуге – VII ребро.

Размеры печени по Курлову:

По правой срединноключичной линии – 10см (7/3),

По передней срединной линии – 9см,

По левой реберной дуге – 8см.

Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Мюсси, Кера отсутствуют.

При аускультации в области правого подреберья шум трения брюшины не выслушивается.

## СЕЛЕЗЕНКА

При осмотре ограниченное выпячивание в области левого подреберья отсутствует, дыхание в этой области не ограничено.

Перкуторно размеры селезенки: длинник – 6см, поперечник – 4см.

Селезенка не пальпируется.

При аускультации в области левого подреберья шум трения брюшины не выслушивается.

## СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалоб нет.

Количество мочи за сутки – 1300мл. Дизурические явления отсутствуют.

При осмотре поясничной области гиперемия кожи и припухлость не выявлены. Ограниченное выбухание в надлобковой области отсутствует.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Перкуторный звук над лобком тимпанический.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются.

## НЕЙРОПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Сознание ясное.

Настроение подавленное.

Психика не заторможена, на вопросы отвечает без задержки. Мимика адекватная, без особенностей. Глазные щели средней ширины. Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет, аккомодация не изменена. Патологических рефлексов нет. Парезы, параличи отсутствуют. Дермографизм белый. Психические нарушения отсутствуют. Зрение и слух снижены.

Сон не нарушен. Память не снижена.

**ВАГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Своды не выбухают, их пальпация безболезненна. Пальпация придатков и тела матки безболезненна. Матка в нормальном положении. Выделений нет.

**РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Тонус сфинктера нормальный. При пальпации стенок прямой кишки опухолевидные образования, провисание и болезненность передней стенки не выявлены. На перчатке светлый кал.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Экстренная и контрольная диагностическая ЭГДС;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Биохимический анализ крови;
5. УЗИ брюшной полости;
6. ЭКГ.
7. Рентгеноскопия желудка

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

**МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### Лабораторные данные

**Общий анализ крови:**

**23.04.09**

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин г\л | 91 |
| Эритроциты 1012 | 3,47 |
| Лейкоциты 109 | 12,1 |
| Тромбоциты 109 | 242 |
| Лимфоциты % | 22 |
| Эозинофилы % | 2 |
| Гематокрит % | 25 |
| СОЭ мм\ч | 17 |

**07.05.09**

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин г\л | 110 |
| Эритроциты 1012 | 3,8 |
| Лейкоциты 109 | 8,3 |
| Тромбоциты 109 | 256 |
| Лимфоциты % | 22 |
| Эозинофилы % | 4 |
| Гематокрит % | 30 |
| СОЭ мм\ч | 18 |

**18.05.09**

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин г\л | 118 |
| Эритроциты 1012 | 3,9 |
| Лейкоциты 109 | 5,7 |
| Тромбоциты 109 | 311 |
| Лимфоциты % | 27 |
| Эозинофилы % | 4 |
| Гематокрит % | 32 |
| СОЭ мм\ч | 18 |

**Анализ мочи 14/05/09:**

количесиво 200 мл,

цвет желтый,

прозрачность полная,

уд.вес. 1018,

реакция кислая,

белок 0.006 г\л

ацетон (-),

микроскопия осадка : цилиндры (-), эпителий плоский 2-4 в п\з, эр. (-), лейк. 1-3 в п\з, слизь.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 15/05/09

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 75,5 |
| Мочевина  | 5,1 |
| Креатинин | 107 |
| Билирубин общий | 7,0 |
| Фосфотаза щелочная | 192 |
| Натрий  | 139,9 |
| Калий  | 4,4 |
| Аст | 12 |
| Алт | 14 |
| Альфа- Амилаза | 62 |
| Глюкоза  | 5,9 |

#### Инструментальные данные

**Рентгеноскопия желудка 22.04.09:**

Рентгеноскопическая картина :стеноза выходного отдела желудка.

**ЭГДС 22.04.09:**

Пищевод свободно проходим, стенки его эластичные, слизистая розовая. Кардия смыкается не плотно. В желудке до 2 литров промывных вод с желчью. Слизистая отечная с участками гиперемии. Привратник проходим. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, сужена за счет отека складок, слизистая ее отечна, гиперемированна, с кровоизлияниями. По передне-верхней стенки имеется язвенный дефект до 4 см, покрытый фибрином с вкраплениями гематина.

Заключение: язва двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастрит . Недостаточность кардия. Рефлюкс-эзофагит.

**ЭГДС 18.05.09:**

Пищевод свободно проходим, стенки его эластичные, слизистая розовая. Кардия смыкается не плотно. В желудке большое количество жидкости окрашенной желчью. Привратник проходим. В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Дно дефекта выполнено фибрином. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см. Дно дефекта выполнено фибрином с зеленоватого цвета.

Заключение: гигантская язва двенадцатиперстной кишки. Язва препилорического отдела.

**ЭКГ 23.04.09:**

ЧСС=80 уд/мин

PQ=0.18

QRS=0.10

QRST=0.34

T1: +, T2:+, T3:+

Ритм синусовый, правильный. Гипертрофия левого желудочка.

**ОБОСНОВАНЯ ДИАГНОЗА.**

Диагноз Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

Поставлен на основании:

* *Жалоб* на сильные боли в эпигастральной области, многократную рвоту темно-коричневого цвета, слабость.
* *Анамнеза*: с 1990 года впервые появились боли в эпигастральной области после приема пищи через 2-3 часа. Боли были редкими, не носили постоянного характера.
* *Объективного исследования* живот симметричен, симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует, венозные коллатерали не выражены, рубцы отсутствуют, пупок втянут, грыжевые выпячивания и видимые опухоли отсутствуют.
* *Лабораторных и инструментальных методов исследования* Рентгеноскопическая картина стеноза выходного отдела желудка. ЭГДС от 22.04 Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, сужена за счет отека складок, слизистая ее отечна, гиперемированна, с кровоизлияниями. По передне-верхней стенки имеется язвенный дефект до 4 см, покрытый фибрином с вкраплениями гематина. Заключение: язва двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастрит. Недостаточность кардия. Рефлюкс-эзофагит. ЭГДС от 18.05 В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Дно дефекта выполнено фибрином. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см. Дно дефекта выполнено фибрином с зеленоватого цвета.Заключение: гигантская язва двенадцатиперстной кишки. Язва препилорического отдела.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Можно дифференцировать с язвенной болезнью желудка, желчекаменной болезнью, хронический панкреатит.

Язвенная болезнь желудка. Общее с язвенной болезнь двенадцатиперстной кишки: боль в эпигастральной области, многократная рвота темно-коричневого цвета, слабость, гемоглобин 91г/л. Различие: появление боли после приема пищи спустя 2-3часа; результаты ЭГДС: В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см.

Желчекаменная болезнь. Общее с язвенной болезнь двенадцатиперстной кишки: боль в эпигастрии, не однократная рвота, слабость. Различие: появление боли после приема пищи спустя 2-3часа, многократная рвота темно-коричневого цвета; результаты ЭГДС: В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см.

Хронический панкреатит. Общее с язвенной болезнь двенадцатиперстной кишки: боль в верхней половине живота связанная с приемом пищи, не однократная рвота. Различие: появление боли после приема пищи спустя 2-3часа, многократная рвота темно-коричневого цвета не влияющая на усиление боли; результаты ЭГДС: В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см.

ЛЕЧЕНИЕ

1.*Консервативное лечение*:

* Лечебное питание ( Диета №1)
* Антациды (альмагель)
* Цитопротекторы (де-нол)
* Антогоничты Н2-гистаминовых рецепторов(ранитидин)
* Противорвотные (церукал)
* Кровоостанавливающие ( коагулянты- викасол, этамзилат, аминокапроновая кислота)

2. *Хирургическое лечение*:

Экстренная операция показана у больных: в состоянии геморрагического шока, с массивным кровотечением, с рецидивом кровотечения.

Срочную операцию проводят в течение 24-48ч при массивных кровопотерях несмотря на переливание крови, пожилом возрасте, не благоприятных эндоскопических признаках, локализации язвы в опасных зонах с обильным кровоснабжением.

Основным методом операции является прошивание кровоточащего сосуда или иссечение язвы передней стенки в сочетании с пилоропластикой и ваготомией. Осложнения : не состоятельность швов, нагноение послеоперационной раны, лигатурные свищи.

Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки должно быть направлено на снижение продукции соляной кислоты. Это может быть достигнуто различными путями: обширной дистальной резекцией желудка, применением ваготомии. Виды ваготомии: двусторонняя стволовая ваготомия, двусторонняя селективная желудочная ваготомия, проксимальная селективная желудочная ваготомия.

**ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ**

**19/05/09** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное.

Кожа и видимые слизистые розовые.Дыхание самостоятельное, через нос. Перкуторный звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 18\мин.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Ps 76 уд\мин умеренного напряжения и наполнения. АД 120\80.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. При поверхностной ориентировочной пальпации живота не выявлена болезненность и напряжение мышц в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость сохранена. При аускультации кишечника выслушивается периодическая негромкая перистальтика. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Селезенка не увеличена. Стула оформленный.

Область почек симметрична, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, диурез адекватный, моча светлая.

T0 у-36,5

 в-36,7

Назначения:

режим общий

диета № 1

Etamsylati по 80 мг в\м 1р\сут

Almagel A внутрь по 2 доз. ложки 3р\сут

Omeprazoli внутрь по 20мг 1р\сут на ночь

Vit C 10% 5мл + 5% глюкозы 250мл в\в

**20/05/09** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное.

Кожа и видимые слизистые розовые.Дыхание самостоятельное, через нос. Перкуторный звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 18\мин.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Ps 76 уд\мин умеренного напряжения и наполнения. АД 120\80.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. При поверхностной ориентировочной пальпации живота не выявлена болезненность и напряжение мышц в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость сохранена. При аускультации кишечника выслушивается периодическая негромкая перистальтика. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Селезенка не увеличена. Стула оформленный.

Область почек симметрична, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, диурез адекватный, моча светлая.

T0 у-36,5

Назначения:

режим общий

диета № 1

Almagel A внутрь по 2 доз. ложки 3р\сут

Omeprazoli внутрь по 20мг 1р\сут на ночь

Vit C 10% 5мл + 5% глюкозы 250мл в\в

ЭПИКРИЗ

Карамышева Алла Петровна, 58 лет.

Жалобы при поступлении на постоянную боль в эпигастральной области, рвоту темно-коричневого цвета, слабость.

Считает себя больной с 1990 года когда впервые появились боли в эпигастральной области после приема пищи через 2-3 часа. К врачам не обращалась, занималась самолечением. Боли были редкими, не носили постоянного характера.

22 апреля 2009года, когда впервые появились сильные боли в эпигастральной области, многократная рвота темно-коричневого цвета, слабость. Бригадой скорой медицинской помощи пациентка доставлена в ГКБ №68.

При осмотре общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

Дыхание самостоятельное, через нос. Перкуторный звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное ослабленное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 18\мин.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 82 уд\мин. Ps умеренного напряжения и наполнения. АД 110\70.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, симметрично участвует в акте дыхания, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. При поверхностной ориентировочной пальпации живота не выявлена болезненность и напряжение мышц в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость сохранена. При аускультации кишечника выслушивается периодическая негромкая перистальтика. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Селезенка не увеличена.

Область почек симметрична, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

**ОАК 18.05.09**

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин г\л | 118 |
| Эритроциты 1012 | 3,9 |
| Лейкоциты 109 | 5,7 |
| Тромбоциты 109 | 311 |
| Лимфоциты % | 27 |
| Эозинофилы % | 4 |
| Гематокрит % | 32 |
| СОЭ мм\ч | 18 |

**Анализ мочи 14.05.09:**

количесиво 200 мл,

цвет желтый,

прозрачность полная,

уд.вес. 1018,

реакция кислая,

белок 0.006 г\л

ацетон (-),

микроскопия осадка : цилиндры (-), эпителий плоский 2-4 в п\з, эр. (-), лейк. 1-3 в п\з, слизь.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 15/05/09

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 75,5 |
| Мочевина  | 5,1 |
| Креатинин | 107 |
| Билирубин общий | 7,0 |
| Фосфотаза щелочная | 192 |
| Натрий  | 139,9 |
| Калий  | 4,4 |
| Аст | 12 |
| Алт | 14 |
| Альфа- Амилаза | 62 |
| Глюкоза  | 5,9 |

**Рентгеноскопия желудка 22.04.09:**

Рентгеноскопическая картина :стеноза выходного отдела желудка.

**ЭГДС 22.04.09:**

Пищевод свободно проходим, стенки его эластичные, слизистая розовая. Кардия смыкается не плотно. В желудке до 2 литров промывных вод с желчью. Слизистая отечная с участками гиперемии. Привратник проходим. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, сужена за счет отека складок, слизистая ее отечна, гиперемированна, с кровоизлияниями. По передне-верхней стенки имеется язвенный дефект до 4 см, покрытый фибрином с вкраплениями гематина.

Заключение: язва двенадцатиперстной кишки. Поверхностный гастрит . Недостаточность кардия. Рефлюкс-эзофагит.

**ЭГДС 18.05.09:**

Пищевод свободно проходим, стенки его эластичные, слизистая розовая. Кардия смыкается не плотно. В желудке большое количество жидкости окрашенной желчью. Привратник проходим. В препилорическом отделе по верхней стенки глубокий язвенный дефект до 0,4 см. Дно дефекта выполнено фибрином. Луковица двенадцати перстной кишки деформирована, по передней стенки имеется язвенный дефект 2,5\*2,0см. Дно дефекта выполнено фибрином с зеленоватого цвета.

Заключение: гигантская язва двенадцатиперстной кишки. Язва препилорического отдела.

**ЭКГ 23.04.09:**

Ритм синусовый, правильный. Гипертрофия левого желудочка.

Проведенное лечение:

Etamsylati по 80 мг в\м 3р\сут

Acidi Aminocapronici в\в 1г + 50мл 0,9%NaCl (до исчезновения признаков кровотечения)

Almagel A внутрь по 2 доз. ложки 4р\сут

Omeprazoli внутрь по 20мг 1р\сут

Vit C 10% 5мл + 5% глюкозы 250мл в\в

20/05/09 Признаков рецидива кровотечения нет. Больная отказывается от дальнейшего стационарного лечения. Показана противоязвенная консервативная терапия и наблюдение у терапевта по месту жительства. При повторном кровотечении показана обширная дистальная резекция желудка.

 Прогноз благоприятный при соблюдении рекомендаций.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. М.И.Кузин, О.С.Шкроб, М.А.Чистова и др. Хирургические болезни: М., 1986
2. А.А.Родионов Учебно-методическое пособие по хирургическим болезням для студентов 4 курса: М., 1990