ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.:

2. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место жительства:.

4. Место работы: пенсионерка.

5. Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Дата курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ

На момент курации больная предъявляла следующие жалобы:

* постоянная общая слабость, недомогание;
* сухость и неприятные ощущения во рту особенно через несколько часов (2-3) после еды;
* небольшие болевые ощущения в ногах (ощущение гипертонуса в икроножных мышцах) после ходьбы на средние расстояния или длительного поднимания по порожкам;
* резкое похудание, особенно в последний год;
* тахикардия, учащение пульса, иногда чувствует "перебои" в работе сердца, особенно после физической нагрузки;
* небольшие отеки на ногах в конце дня;
* чрезмерная эмоциональная раздражительность сочетающаяся с плаксивостью.

РАССПРОС ПО СИСТЕМАМ ОРГАНОВ

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА: Дыхание через нос свободное, насморка нет. Ощущение сухости, царапанье в горле, кашель не беспокоят, отмечает небольшую сухость во рту. Голос не звучный. Кровохарканье, удушье и боли в груди отрицает.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ: Одышки, удушья, нет. Иногда, даже после небольшой физической нагрузки отмечает перебои в работе сердца, резкое повышение частоты сердечных сокращений и неприятные ощущения в области сердца.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Аппетит хороший, вкус не изменен. Имеет место постоянная сухость во рту. Слюнотечения нет. Отмечает чувство жажды. Пережевывание пищи хорошее. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Отрыжки, изжоги, рвоты нет. Желудочных кровотечений не было.

ПЕЧЕНЬ: Жалоб не предъявляет, тяжесть, болезненные ощущения отсутствуют.

СЕЛЕЗЕНКА: Чувства тяжести, болей в левом подреберье не ощущает.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА: Болей в области поясницы и над лобком не испытывает. По вечерам отмечает отеки ног. Мочеиспускание в норме, не сопровождается ощущением жжения и болями.

ПОЛОВАЯ СИСТЕМА: Функциональных нарушений со стороны органов половой системы не отмечает. Менструации начались с 14 лет, регулярные, безболезненные, длятся 4 дня через 28 дней.

КОЖА: Зуда не отмечает. Сыпей, изъязвлений, шелушений нет.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: В местах локализации лимфатических узлов болезненности, припухлости не отмечает. Свищей нет.

ОРГАНЫ ДВИЖЕНИЯ: Отмечает мышечную слабость и легкую болезненность в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА: Сон глубокий, без кошмарных сновидений. Засыпание быстрое. Бессонницей не страдает. Отмечается эмоциональная раздражительность, плаксивость.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ: За последние 3 года отмечает небольшое ухудшение зрения. Со стороны слуха, обоняния, вкуса нарушений нет.

Беспокоит слабость, утомляемость. Работоспособность снижена. Резкое похудание за последний год.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась в Курске 16 апреля 1934 года. Росла и развивалась нормально. После окончания 9 классов средней школы поступила в техникум советской торговли, где проучилась три года. После чего 33 года работала бухгалтером, сначала в Орле в тресте управления торговли, затем переехала в Курск и начала работать бухгалтером. Последние несколько лет работала на заводе. Имеет двоих сыновей, работающих в органах внутренних дел.

Заболевания ЖКТ у родственников отрицает, мама рано умерла (в 46 лет) от сердечной недостаточности. Хронических заболеваний, врожденных пороков развития у близких родственников нет. Непереносимости к различным лекарствам не имеет. Венерические заболевания, гемотрансфузии, склонность к фурункулезу отрицает.

В стационаре были взяты на анализ кровь, моча, кал. Проведены следующие исследования: ФГДС, УЗИ и рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, на основании результатов которых был поставлен диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Больной получал следующее лечение: капельные вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой; витамины группы В внутримышечно; таблетированные препараты гастрофарм, гистодил; физиотерапевтические процедуры (УВЧ-терапия).

В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось: интенсивность болей постепенно уменьшалась, а к концу 3-ей недели болевые ощущения полностью исчезли. Больной был выписан с рекомендацией соблюдать режим питания и диету N1.

В последующем приступы болей возникали после погрешностей в диете (долгие перерывы между приемами пищи, употребление острой, жареной пищи, алкоголя), психо-эмоционального перенапряжения. По поводу болей больной к врачу не обращался, лечился самостоятельно, принимая гастрофарм, но-шпу.

Осенью 1995 года после продолжительных психо-эмоциональных переживаний (смерть отца) появились интенсивные тупые боли в подложечной области справа от средней линии живота, которые самостоятельно больная купировать не могла и была вынуждена обратиться к врачу по месту жительства. Была повторно госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение городской больницы N6. В стационаре были проведены исследования кислотности желудочного сока и ФГДС. Был поставлен диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, стадия обострения. В результате проведенного медикаментозного лечения (инъекции и капельные вливания препаратов, названия которых больная не знает; а также таблетированными формами гастрофарма, трихопола) состояние больной улучшилось, боли исчезли.

В период ремиссии больная чувствовала себя удовлетворительно, диету и режим питания соблюдала.

В настоящее время причиной обращения к врачу явилось ухудшение состояния больной: в течение последнего месяца без видимой причины периодически стали возникать интенсивные боли ноющего характера в подложечной области справа от средней линии живота. Боли усиливались при долгих перерывах в приеме пищи, сопровождались тошнотой без рвоты. В течении этого периода больная похудела на 2 кг. По направлению врача больная была госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение клинической отделенческой больницы станции Курск.

В стационаре были взяты на анализ кровь, моча, кал. После проведения ФГДС, УЗИ органов брюшной полости диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной был подтвержден. Назначено следующее лечение: внутримышечные инъекции витаминов группы В, папаверина; таблетированные препараты гастрофарм и других, назвать которые больная затрудняется.

На момент курации больная улучшения состояния не отмечает, так как лечение заболевания только началось.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Сознание ясное. Положение тела активное. Выражение лица обычное. Рост 174 см, вес 60 кг. Телосложение астеническое, упитанность пониженная. Кожные покровы телесного, слабо розового цвета, сыпей, кровоизлияний, изъязвлений, шелушений, пигментаций, депигментаций нет. Кожные рубцы отсутствуют. Тонус кожи нормальный, кожные покровы влажные. Видимые слизистые обычной окраски, чистые.

Подкожная жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Отеков, подкожной эмфиземы нет.

Лимфатические узлы не пальпируются, окраска кожи над ними не изменена.

Мускулатура развита недостаточно, симметрично; мышцы в тонусе. Болезненности, судорог, дрожания не отмечается. Мышечная сила одинакова на обеих руках.

Кости без патологических изменений, деформаций, укорочений, искривлений. Периоститов нет. При пальпации - безболезненны.

Суставы обычной формы и величины, изменений кожи над ними нет. Температура на ощупь не изменена. При пальпации безболезненны, флюктуации, хруста нет. Движения в суставах активные, в полном объеме, безболезненные.

Позвоночник в норме: патологических изменений нет. Подвижность нормальная. При пальпации остистые отростки позвонков и паравертебральные зоны безболезненны.

Голова обычной величины и формы; деформаций, покачиваний, дрожаний нет.

Форма носа обычная, крылья носа в акте дыхания не участвуют, герпеса нет.

Глазные щели одинаковые, обычные; экзофтальма, энофтальма не наблюдается. Блеск глаз, окраска склер обычные, роговая оболочка прозрачная, влажная. Реакция зрачков на свет сохранена.

Губы обычной окраски. Герпеса, рубцов, трещин нет.

Щитовидная железа не пальпируетя.

Температура тела в момент исследования 36,7 С.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка астеническая, деформаций и ассиметрий нет, межреберья не расширены, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания.

Окружность грудной клетки при спокойном дыхании на вдохе 85 см, на выдохе 83 см, при глубоком вдохе 87 см, при глубоком выдохе 81 см.

Перкуторно - ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Высота стояния верхушек легких спереди на 3 см выше ключицы справа и слева; сзади - на уровне отростка YII шейного позвонка. Поля Кренига: слева - 7 см, справа - 6 см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | Справа | Слева |
| парастернальнаясреднеключичнаяпередняя подмышечнаясредняя подмышечнаязадняя подмышечнаялопаточнаяоколопозвоночная | YII ребронижний край YII ребраYIII реброIX реброX реброXI реброостистый отросток XIгрудного позвонка | --YII реброIX реброX реброXI реброостистый отросток XIгрудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| среднеключичнаясредняя подмышечнаялопаточная | 5 см7 см5 см | -7 см5 см |

Аускультативно: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крипитации, шума трения плевры нет. Бронхофония не изменена, одинакова над симметричными участками легочных полей.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сердечного горба нет. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Сердечный толчок не наблюдается.

При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Площадь распространения 1 см, нормальной силы, высоты и резистентности. Систолического втягивания сердечной области не отмечается. Пресистолическое, систолическое дрожание не определяется.

Границы относительной сердечной тупости в норме: справа - в IY межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины; слева - совпадает с верхушечным толчком; вверху - III ребро по левой окологрудинной линии. Правая граница абсолютной тупости сердца расположена у левого края грудины в IY межреберье; левая граница - в Y межреберье на 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии; верхняя граница - на четвертом ребре по левой окологрудинной линии.

Аускультативно: первый тон звучный, раздвоения, расщепления не наблюдается. Изменения второго тона на аорте и легочной артерии не найдено. Тембр и звучность в норме. Ритм правильный, частота сердечный сокращений 76 в 1 мин. Шумы не выслушиваются.

При аускультации сосудов двойного тона Траубе, двойного шума Виноградова-Дюрозье, шума волчка нет.

Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Запаха изо рта нет.

Все зубы целы, кариеса нет.

Десны розового цвета; кровоточивости, изъязвлений, нагноений нет. Язык обычной величены, влажный, чистый. Изъязвлений, трещин, рубцов нет.

Слизистая глотки не гиперемирована, поверхность гладкая.

Миндалины не увеличены, гнойных пробок в лакунах нет.

Конфигурация живота нормальная, форма и величина не изменены.

В акте дыхания участвует равномерно всеми отделами. Венозная сеть не выражена. Видимая перистальтика желудка и кишечника не наблюдается.

При поверхностной пальпации определяется напряжение правой прямой мышцы живота, нерезкая болезненность в эпигастральной области справа от средней линии.

Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя отрицательные. Болезненности в точке Мак-Бурнея не отмечается. Свободная жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется.

Нижняя граница желудка расположена на 4 см выше пупка. Шума плеска нет.

Печень: при пальпации нижний край печени мягкий, острый, гладкий, безболезненный.

Перкуторно: печень не выходит из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 9 см, по срединной - 8 см, по краю левой реберной дуги - 7 см.

Селезенка: при перкуссии из-под края реберной дуги не выступает. Размеры по Курлову: 5х7 см.

ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

При осмотре покраснения, припухлости, отечности в поясничной и надлобковой области не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При глубокой бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении больного почки пропальпировать не удалось.

Перкуторно и пальпаторно мочевой пузырь над лобком не выступает. Исследование наружных половых органов не производилось.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

1. Болевой

2. Диспептический

3. Астено-невротический

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия обострения.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Диагноз поставлен на основании:

* жалоб на периодически возникающие непродолжительные средней интенсивности боли в подложечной области справа от средней линии живота, иррадиирующие в правое подреберье. Боли возникают натощак сопровождаются чувством тошноты, проходят через 30 минут после приема пищи;
* истории развития данного заболевания: хроническое циклическое рецидивирующее течение заболевания с характерными сезонными обострениями в весенне-осенний период, провоцирующими факторами которых являются погрешности в диете, физическое и психоэмоциональное перенапряжение;
* истории жизни: нерегулярное питание с частыми случаями сухоедения в течение 12 лет;
* наличие профессиональных вредностей; объективного исследования: при поверхностной пальпации определяется напряжение правой прямой мышцы живота, нерезкая болезненность в эпигастральной области справа от средней линии;
* отсутствие патологических изменений со стороны других органов и систем.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Необходимые исследования | Ожидаемые результаты |
| Общий анализ кровиКал на скрытую кровьРентгенография желудка и двенадцатиперстной кишкиФиброгастродуоденоскопияИсследование желудочной секрецииБиопсия слизистой желудкаБиопсия слизистой оболочки двенадцатиперст-ной кишикиБиопсия дна и краев язвы | Анемия, нейтрофильный лейкоцитоз с ядер-ным сдвигом влево, ускорение СОЭ.Реакция Грегерсена положительная (появ-ление зеленого или синего окрашивания).Симптом язвенной "ниши" в двенадцатиперстной кишки; луковица увеличина, округлой грушевидной формы; втяжение рубцового характера на противоположной от язвы стенки, конвергенция складок слизистой оболочки к "нише". Перистальти-ка и тонус желудка резко усилены.Дефект слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, чаще неправильной формы, неглубокий, покрытый рыхлым белым или желтовытым налетом, края неровные, отечные, с зернистыми выбуханиями, легко кровоточат при дотрагивании инструментом.Диффузная гиперемия и отечность слизис-той оболочки вокруг язвы.Выраженная постоянная базальная гиперсекреция. Высокие цифры базальной и межпищеварительной кислотности. После введения гистамина секреторная активность желудка возрастает.Резко увеличивается обкладочных число об-кладочных клеток.Различные формы дуоденита: отек стромы и собственного слоя слизистой, крово- и лимфостаз, усиленная клеточная инфилтрация, увеличение числа лимфоидных фолликулов. При бактериологическом исследовании биоптата - обнаружение в подслизистом слое Campylobacter pylori.Детрит в виде скопления слизи с примесью распадающихся лейкоцитов, эритроцитов и слущенных клеток с расположенными под ними некротизированными колагеновыми волокнами. |

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

I. Режим - постельный.

II. Диета - 1а.

III. Медикаментозная терапия:

1. Антацидные, обволакивающие и вяжущие средства

Rp.: "Almagel" 170 ml

D.S.: внутрь по 1 дозировочной ложке 4 раза в день за 30 мин до еды и перед сном.

#

Rp.: Tab. De-Nol 0,12 N 100

D.S.: внутрь по 1 таблетке 4 раза в день за 30 мин до еды и перед сном.

#

Rp.: Tab. "Vicalinum" N 50

D.S.: внутрь по 1 таблеке 3 раза

в день после еды с 1/2 стакана теплой воды (таблетки размельчить).

#

Rp.: Tab. "Vicairum" N 50

D.S.: внутрь по 1 таблетке 3 раза в день через 30 мин после еды запить 1/4 стакана воды.

#

Rp.: Tab. Magnesii oxydi 0,5 N 20

D.S.: внутрь по две таблетки 2 раза в день.

2. Антихолинэргические средства

Rp.: Sol. Methacini 0,1% 1 ml

D.t.d. N. 5 in amp.

S.: по 0,5 мл п/к 2 раза в день.

#

Rp.: Tab. Chlorozili 0,002 N 50

D.S.: внутрь (независимо от времени приема пищи) 3 раза в день по 1 таблетке.

3. Блокаторы гистаминовых Н2-рецепторов

Rp.: Tab. Cimetidini 0,2 N 40

D.S.: внутрь (после еды) по 1 таблетке

4 раза в день.

#

Rp.: Tab. "Ranitidine" N 40

D.S.: внутрь по 1 таблетке

2 раза в день (утром и вечером)

независимо от времени приема пищи.

4. Спазмолитические средства

Rp.: Sol. Papaverini hydrochioridi 2% - 2 ml

D.t.d. N 6 in amp.

S.: 2 мл п/к 2 раза в день.

#

Rp.: Tab. "No-Spa" N 100

D.S.: внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

5. Химиотерапевтические средства

Rp.: Tab. Metronidazoli 0,5 N 30

D.S.: по 1 таблетке внутрь

3 раза в день (во время еды).

#

Rp.: Tab. Oxacillini-natrii 0,5 N 20

D.S.: внутрь через 3 часа после еды по 1 таблетке 4 раза в день.

#

Rp.: Vinylini 1,4

D.t.d. N 60 in caps. gel.

S.: внутрь по 3 капсулы 1 раз

в день (через 5 часов после еды).

9. Антигистаминные препараты

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N 20

D.S.: внутрь по 1 таблетке

3 раза в день.

Rp.: Tab. Tavegili 0,001 N 20

D.S.: внутрь по 1 таблетке

2 раза (в день утром и вечером).

11. Витамины

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S.: по 1 мл в/м 1 раз в день.

Rp.: Sol. Pyridoxini 5% - 1 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S.: по 1 мл в/м 2 раз в день.

#

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S.: по 1 мл в/м 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Ac. ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N 20 in amp.

S.: по 1 мл в/м 2 раз в день.

IY. Физиотерапия

1. Диатермия

2. УВЧ-терапия

3. КВЧ-терапия