Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Кафедра факультетской терапии

История болезни

*Куратор*:

*Преподаватель:*

Москва 2008

**Фамилия, имя, отчество больного:**

**Возраст:** 56 лет

**Образование:** среднее специальное

**Профессия:** слесарь.

**Место работы:** безработный.

**Место жительства** г. Ростов-на-Дону, Советский район

**Дата и час поступления в стационар:** 24.11.03г., 1030

**Кем направлен больной:** СП 781564

**Диагноз направившего учреждения:** Острый панкреатит

**Диагноз при поступлении:** Язвенная болезнь? Токсический гепатит.

**Клинический диагноз:**

* *Основное заболевание*: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, острая форма, средняя язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.
* *Сопутствующие заболевания*: Желудочковая экстрасистолия.

Жалобы больного при поступлении

* на боли в эпигастральной области ноющего характера, интенсивные, без иррадиации, возникшие через 2,5 ч после приема пищи;

**ANAMNESISMORBI.**

Считает себя больным в течение последних пяти лет, когда стал отмечать появление болей в эпигастральной области через 2 ч после приема пищи и натощак. На высоте болей иногда была рвота, приносящая облегчение. Боли имели сезонный характер обострения (чаще весной). В периоды обострения больной для снятия боли принимал «Но-шпу», «Альмагель». За помощью к врачам не обращался. Последнее ухудшение состояния больной связывает с употреблением 24.11.03 обильной жирной пищи и около 500 мл алкоголя (водки). Через 2,5 часа появились сильные боли в эпигастрии, больной принял «Но-шпу», «Аллохол» и активированный уголь. Состояние больного не улучшилось, была вызвана бригада скорой медицинской помощи и больного госпитализировали в 20 ГКБ.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился 10 сентября 1947 г в г. Ростов-на-Дону. На момент рождения матери было 24 года , отцу 30 лет , здоровы. Единственный ребенок в семье. Рос и развивался нормально, отставания в физическом и умственном развитии от сверстников не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учеба давалась легко, закончил 10 классов. В 1964 году поступил в училище. С 1967 по 1994 работал слесарем. С 1994 г постоянного места работы не имеет. Женат с 1975 г, имеет шестерых дочерей.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Материальный достаток средний.

Питание нерегулярное, диету не соблюдает

Вредные привычки: курит с 14 лет по 1 пачке в день, алкоголь ( водка) употребляет 3-4 раза в неделю по 50-100 мл, бывают запои ( 2-3 раза в год)

Перенесенные заболевания: В 1949 г. ( в возрасте 2 лет) перенес ветряную оспу, ( другие детские заболевания не помнит).

В 1985 г – ЗЧМТ

В 1993 – ОИМ (со слов больного)

В 2002 – ОИМ (со слов больного)

Туберкулеза, венерических заболеваний со слов больного не было.

Аллергологический анамнез : аллергических реакций на пыль,пищевые продукты, шерсть животных ,растения, лекарственные средства нет.

**Наследственность**

Деда и бабку со стороны отца и матери больной не помнит, заболеваний и причин смерти не знает.

Мать больного страдала гипертонической болезнью, умерла в возрасте 55 лет от ОНМК.

Отец больного умер в возрасте 72 лет от сердечной недостаточности.

Дядя больного по материнской линии 74 года страдает язвенной болезнью желудка, гипертонической болезнью.

Дочери практически здоровы.

**STATUS PRAESENTS.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение больного активное. Выражение лица спокойное. Телосложение гиперстеническое. Рост 175 см. Масса тела 90кг. Индекс массы тела = 90/(1,75)2 =29,3

Кожные покровы

Кожные покровы бледно-розовой окраски. Патологические пигментации и участки депигментации отсутствуют. Окраска видимых слизистых — нормальная. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи — нормальная. Рост волос не нарушен. Тип оволосения мужской. Ногти в виде часовых стекол.

Подкожная клетчатка.

Степень развития подкожной жировой клетчатки чрезмерная(толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 4,0см).Подкожный жировой слой распределен равномерно . Отёков нет.

Лимфатическая система.

При пальпации определяются одинарные подчелюстные, лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, диаметром 0,5см, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, неспаянные друг с другом и с окружающими тканями. При осмотре лимфатические узлы не видны.

Мышечная система.

Жалоб нет. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система

Жалоб нет. При исследовании патологии не выявлено.

Суставы

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Окружность суставов, см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сустав | Справа | Слева |
| Плечевой | 32,0 | 31,0 |
| Локтевой | 23,5 | 23,0 |
| Лучезапястный | 16,5 | 16,0 |
| Коленный | 34 | 35,0 |
| Голеностопный | 21,5 | 22,0 |

**Система дыхания**

Жалоб нет.

Исследование верхних дыхательных путей.

Дыхание через нос свободное. Ощущение сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов нет. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также ощупывании и поколачивании) не отмечается.

Гортань: жалоб нет. Голос: громкий, чистый.

Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки цилиндрическая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания — смешанный. Частота дыхания — 18 в минуту.

Ритм дыхания – правильный. Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и 1V ребер спереди: при спокойном дыхании — 98 см; при максимальном вдохе — 101 см; при максимальном выдохе — 96 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки 5 см.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой

Перкуссия легких

Границы легких в пределах нормы.

Дыхание над всей поверхностью лёгких жесткое. Побочные дыхательные шумы(хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

**Исследование системы кровообращения**.

Жалоб нет.

***Осмотр области сердца и крупных сосудов****.*

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок не виден, пальпируется в пятом межреберье на 1,5см кнутри от левой среднеключичной, линии ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный.

Сердечный толчок отсутствует.

Пульсация эпигастральной области не видна.

***Перкуссия сердца.***

Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины в четвертом межреберье; левая – 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье; верхняя – на уровне III ребра по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему. Поперечник относительной тупости сердца: 3+8 = 11см. Конфигурация сердца не изменена.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5,5 см.

***Аускультация сердца****.*

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

***Исследование сосудов****.*

Жалоб нет. При осмотре патологии не выявлено.

Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный, с частотой 72 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление: на правой руке - 110/70 мм рт.ст, на левой руке- 110/70 мм рт.ст. Пульсовое давление 40 мм рт.ст.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается

**Система пищеварения**

Жалобы: на боли в эпигастральной области ноющего характера, интенсивные, без иррадиации, возникшие через 2,5 ч после приема пищи.

Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки выживает 1000 мл жидкости). Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает 1 раз в 2-3 дня. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

**Исследование органов пищеварения**

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек мягкого и твердого неба розовой окраски ; высыпания изъязвления отсутствуют. Десна бледно-розовой окраски не кровоточат.

Язык: нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

**Исследование живота**

Живот округлой формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики и других изменений кожных покровов нет. Окружность живота 95 см. (лёжа, на уровне пупка.). Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании натуживании отсутствуют.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности.

**Поверхностная ориентировочная пальпация**.

Живот мягкий ,безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Грыжевых выпячиваний не наблюдается.

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

**Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости.**

Границы печени в пределах нормы.

Размеры печеночной тупости по Курлову: 9-8-7 см

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой, поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности при пальпации в точке желчного пузыря не выявляется.

***Исследование селезенки.***

Размеры селезеночной тупости: поперечник- 6 см, длинник- 8см.

Селезенка не пальпируется.

**Исследование поджелудочной железы**

Поджелудочная железа не пальпируется.

**ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ.**

Жалоб со стороны органов мочеотделения нет. Мочеиспускание свободное безболезненное 5-6 раз в день. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Исследование эндокринной системы.**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади – 41 см.

**Нервно- психическая сфера**.

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Нарушения восприятия нет. Внимание не ослаблено, способен долго сосредоточиваться на одном деле. Память сохранена. Мышление не нарушено. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон глубокий, ровный. Продолжительность сна – 7-8 часов. Самочувствие после пробуждения удовлетворительное.

Нарушений двигательной сферы и чувствительности не отмечается. Дермографизм красный, нестойкий.

**Предварительный диагноз.**

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови – для выявления анемии.
2. Биохимическое исследование крови – для определение уровня амилазы, глюкозы
3. Общий анализ кала – для исключения / обнаружения кровотечения
4. Коагулограмма – для контроля за свертывающей системой крови.
5. Иммунологический анализ – выявление иммунологических нарушений.
6. Электрофоретическое исследование белков крови – для контроля за уровнем альбуминов и глобулинов.
7. УЗИ органов брюшной полости – для оценки структуры печени , селезенки, поджелудочной железы, выявления диаметра селезеночной и воротной вены.
8. ЭГДС – для подтверждения язвенной болезни, установление доброкачественного или злокачественного характера изъязвления, контроль за темпами заживления язвы, выявление сопутствующих поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, контроля за состоянием вен пищевода и желудка.
9. Ректоскопия – для контроля за состоянием геморроидальных вен.
10. ЭКГ – для контроля за функциональным состоянием миокарда

**Лабораторные исследования.**

#### Исследование периферической крови 26.11.03

норма

Гемоглобин 170 г/л 130-175 г/л

Эритроциты 5,5 \*1012 /л 4-5,6\*10 12 / л

Цветовой показатель 0,93 0,8-1,05

Лейкоциты 10,7 \*10 9 /л 4,3-11,3

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 4% 1-6%

Сегментоядерные 53% 45-70%

Эозинофилы 2% 0-5%

Базофилы 1% 0-1%

Лимфоциты 36% 18-40%

Моноциты 4% 2-9%

СОЭ 5 мм/ч 1-14 мм/ч

Гематокрит 44,66% 40-48%

Исследование мочи (25.11.03)

Количество - 140мл.

Цвет - желтый

Реакция - ph= 6

Удельный вес - 1015

Прозрачность - прозрачная

Белок - нет

Желчные пигменты - нет

Уробилин - N

Эпит.клетки плоские –немного

Лейкоциты –единичные в п/зрения

Эритроциты – нет

Слизь – немного

Бактерии – умеренное кол-во

Биохимический анализ крови от 26.11.03

Результат норма

АЛТ 13 ед/л 10-40

АСТ 15 ед/л 10-40

γ-ГТ 11,4 ед/л 11-61

Белок общий 66г./л 60 - 80

Глюкоза 5,3 ммоль/л 3,3-5,5

Креатинин 108 мкмоль/л 61- 115

Мочевина 4,7ммоль/л 3,3-8,3

Билирубин общий 8,5 мкмоль/л 3,5 – 19 мкмоль/л

Общий холестерин 6,1 ммоль/л 3,6-6,1

Амилаза 76ед/л 25- 125

Иммунологический анализ от 26.11.03

HbsAg- отр

HbsAb – отр.

HbeAb- отр.

HbeAg – отр.

HbcorAB( суммарно) – отр.

HCVAb – отр.

**Инструментальные методы исследования**

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 25.11.03**

В брюшной полости свободной жидкости не выявлено. Печень увеличена за счет обеих долей,контур волнистый, паренхима печени с умеренными диффузными изменениями. Внутри и внепеченочные желчные протоки не расширены.

Желчный пузырь нормальных размеров, неправильной формы, стенки уплотнены регионарно утолщены, камней нет. Поджелудочная железа не увеличена контуры ровные паренхима нормальной эхогенности.

Селезенка не увеличена, контуры ровные паренхима умеренно гипоэхогенна.

Почки без особенностей.

**Эзофагогастродуоденоскопия. (25.11.03)**

В пищеводе без особенностей. В желудке жидкость, слизь. Слизистая резко отечна, гиперемирована, утолщена. В луковице 12-перстной кишки по передней стенке язвенный дефект диаметром 6-7 мм. Постбульбарный отдел без особенностей.

*Заключение:* гастрит, язва 12-перстной кишки

**Эзофагогастродуоденоскопия. (5.12.03)**

Динамики нет. Сохранен глубокий дефект в луковице 12-перстной кишки. Дно покрыто фибрином

**Эзофагогастродуоденоскопия. (15.12.03)**

Незначительная положительная динамика: язвенный дефект 5-6 мм, покрыт фибрином.

Заключение: язва 12-перстной кишки в стадии начинающегося рубцевания

**ЭКГ (26.11.03)**

Синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. ЧСС – 90 в минуту, ритм синусовый. Единичная желудочковая экстрасистола

**Предварительный диагноз**:

* *Основное заболевание*: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, острая форма, средняя язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.
* *Сопутствующие заболевания*: Желудочковая экстрасистолия.

**Дифференциальный диагноз**

В область дифференциальной диагностики необходимо включать:

1. симптоматические гастродуоденальные язвы часто возникают остро (иногда сразу проявляясь желудочно-кишечным кровотечением), отличаются нетипичной клинической картиной (например, слабой выраженностью или даже отсутствием боли, сезонности обострений, невысокими или резко повышенными показателями кислотообразующей функции желудка), их развитие четко связано с предшествующим заболеванием (цирроз печени, инфаркт миокарда и др.) или другими причинами
   * стрессовые гастродуоденальные язвы – язвенные поражения возникающие в экстремальных ситуациях( распространенных ожогах, ЧМТ, кровоизлияние в головной мозг, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и др.), редко сопровождающиеся болевым синдромом и проявляющиеся с развитием осложнений – что не соответствует анамнезу и клинической картине у данного пациента, поэтому данный диагноз можно исключить
   * лекарственные язвы – возникают при применении высоких доз и длительном лечении кортикостероидами, НПВП, резерпином, цитостатиками, применение химиотерапии, протекают бессимптомно, осложняются кровотечением – что не соответствует анамнезу и клинической картине у данного пациента, поэтому данный диагноз можно исключить
   * Гастриному (синдром Золлингера-Эллисона), проявляющуюся рецидивирующими язвами, имеющими семейный характер, обильной диареей не прекращающейся при 72 часовом голодании, повышением сывороточного гастрина в 11 раз, базальной желудочной гиперсекрецией, положительной провокационной гастриновой пробой на введение кальция ,- данные симптомы отсутствуют у больного, поэтому данный диагноз можно исключить
   * гастродуоденальные язвы при гиперпаратиреозе – у данного больного отсутствуют клинические и лабораторные признаки гиперпаратиреоза – , поэтому данный диагноз можно исключить
   * гастродуоденальные язвы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы – чаще локализуются в желудке, множественные, гигантские, характерны кровотечения данные симптомы отсутствуют у больного, поэтому данный диагноз можно исключить
   * гепатогенные гастродуоденальные язвы – развиваются на фоне активного процесса в печени, характерно вялое торпидное течение, массивное кровотечение - что не соответствует клинической картине у данного пациента, поэтому данный диагноз можно исключить
2. Язвенную болезнь 12-персиной кишки – четкая связь возникновения боли с приемом пищи, боли в эпигастрии обычно возникают через 1,5-3 ч. после еды, часто натощак и ночью, проходят после приема пищи. Сезонный характер обострений, выявление язвенной ниши при рентгенологическом исследовании, подтверждение наличия язвенного дефекта при ЭГДС, что соответствует клинической картине у данного пациента.
3. Язвенная болезнь желудка-характерны ранние боли, характерная эндоскопическая картина

**Клинический диагноз:**

* *Основное заболевание*: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, острая форма, средняя язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.
* *Сопутствующие заболевания*: Желудочковая экстрасистолия

**Обоснование диагноза:**

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, острая форма, средняя язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки поставлена на основании того, что больной последние 5 лет отмечает появление болей в эпигастральной области через 2 ч после приема пищи и натощак, на высоте болей иногда бывает рвота, приносящая облегчение, боли носят сезонный характер обострения чаще весной; при ЭГДС в луковице 12-перстной кишки по передней стенке обнаружен язвенный дефект диаметром 6-7 мм.., наличие отечной гиперемированной и утолщенной слизистой позволяет предположить наличие хеликобактерной инфекции для подтверждения которой необходимы данные бактериологического исследования или ИФА, для исключения кровотечения необходим анализ кала на скрытую кровь, для подтверждения доброкачественного характера необходимо гистологическое исследование
2. Желудочковая экстрасистолия поставлена на основании данных ЭКГ. Для определения класса желудочковой экстрасистолии необходимо проведение мониторирования по Холтеру.

**Лечение**

* 1. С целью устранения факторов, способствующих рецидиву болезни, необходимо прекращение курения, употребления алкоголя, крепкого чая, кофе, лекарственных препаратов из группы салицилатов и пиразолоновых производных.
  2. диета №1 с соблюдением принципов механического, химического и термического щажения и исключением продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку и стимулирующих секрецию желудочного сока. Необходимо исключать грубую клетчатку (грибы, капуста, редис, репа, турнепс и др.), экстрактивные вещества (крепкие мясные куриные, рыбные, грибные бульоны, отвар капусты), специи, чеснок, лук, копчености, соления, маринады, кислые фрукты. Питание должно быть частым и дробным, 5-6 раз в день. Рекомендуется употреблять хорошо разваренные каши, негрубые сорта мяса, рыбы, белый черствый хлеб, молочные продукты, кисели, желе из сладких ягод и фруктов. Разрешаются спелые фрукты, ягоды, в натуральном, запеченном или вареном виде, ягодные и фруктовые соки (кроме кислых сортов).
  3. Для борьбы с хеликобактерной инфекцией, 10-дневная схема
     + - Омепразол (лосек, омез) 20 мг 2 раза вдень (утром и вечером) –блокатор протонного насоса, снижения секреции желудка
       - Амоксициллин 500 мг 3 раза в день – полусинтетический антибиотик группы пенициллина широкого спектра, устойчив в кислой среде
       - Кларитромицин (клацид) 500 мг 2 раза в день - Кларитромицин (фромилид) - полусинтетический антибиотик из группы макролидов. Препарат подавляет синтез белка в микробной клетке. Действует в основном бактериостатически, но в отношении отдельных микроорганизмов проявляет бактерицидный эффект. Важной особенностью кларитромицина является образование в организме активного метаболита 14-гидроксикларитромицина, который также обладает антибактериальной активностью. В частности, по антимикробному эффекту в отношении H. influenzae он превосходит кларитромицин.

Через 12 недель после окончания комбинированного лечения контроль его эффективности, используя ИФА