Группа крови 0 (I) Дата поступления

резус-фактор Rh+ 16.12.2003

Дата выписки Проведено койко-

дней

Паспортные данные:

# Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст - 36 дата рождения - 25.01.62.

Место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы – Детский сад – 121 ст. Алейская.

Должность – воспитатель.

Направлен: поликлиника № 1, планово.

Диагноз направившего учреждения: язвенная болезнь желудка.

Диагноз при поступлении: язвенная болезнь желудка.

Клинический диагноз: язвенная болезнь желудка,

Осложнения: нет.

Сопутствующие: мастопатия, фиброаденома молочной железы слева.

Заключительный диагноз: язвенная болезнь желудка с локализацией язвенного дефекта по малой кривизне, размером 0.6\*0.9\*0.2 см, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, впервые выявленная; язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная. Дискинезия ЖВП по гипомоторному типу.

Осложнения: нет.

Сопутствующие: мастопатия, фиброаденома молочной железы слева.

Госпитализации по поводу данного заболевания в текущем году – нет.

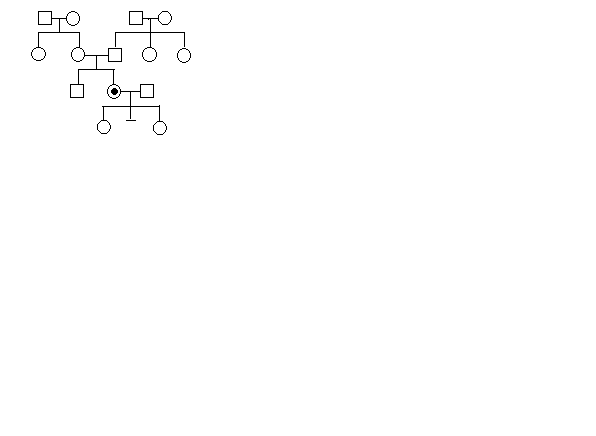
Побочное действие лекарств – нет.

ЖАЛОБЫ. На боли в эпигастральной области, изжогу, икоту. Боли возникают через 30 минут после еды, независимо от принимаемой пищи, носят острый, жгучий характер, стихают через 1 – 1,5 часа; боль иррадиации не имеет, облегчения ничто не приносит. Изжога не выражена, появляется после еды, проходит через ½ - 2 часа, в горизонтальном положении не усиливается. Икота возникает 3-4 раза в неделю, возникновение ни с чем не связывает, купируется после употребления воды. Дополнительные жалобы: система органов дыхания – на ринорею, затруднение носового дыхания, боль в горле, боли и чувство дискомфорта в грудной клетке, одышку, чувство удушья, нехватки воздуха, кашель жалоб не предъявляет. Сердечно-сосудистая система – предъявляет жалобы на колющие боли в области сердца, с психоэмоциональной и физической активностью не связаны, появляются 2-3 раза в неделю, проходят самостоятельно через 20-30 минут, иррадиации не имеет; жалоб на ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, одышку, чувство онемения, похолодания, боли, отеки, покраснения, бледность на руках и ногах не предъявляет. Пищеварительная система – на тошноту, рвоту, отрыжку, поносы, запоры, вздутие живота не жалуется. Система органов мочевыделения – на боли в поясничной области, животе, болезненное мочеиспускание, самопроизвольное мочеиспускание, никтурию не жалуется. Половая система – на нарушение половой функции, продолжительности и интенсивности менструаций, болезненные менструации, боли внизу живота не жалуется. Эндокринная система – на похудание, увеличение массы тела, выпадение, ломкость волос, сухость кожи, изменение ее цвета, зуд кожи, ломкость ногтей, потливость, слабость, повышенную температуру тела жалоб не предъявляет Нервная система - головные боли давящего характера в затылочной и обеих теменных областях, возникают после эмоционального перенапряжения, ничем не купируются, проходят самостоятельно через 4-6 часов; парестезии, возникающие не небольших участках тела, проявляющиеся как чувство покалывания, жжения, длительностью 10-20 минут, возникновение которых ни с чем не связано. На эпизоды потери сознания, судороги, слабость и параличи, тремор, непроизвольные движения, потерю чувствительности не жалуется. Опорно-двигательный аппарат - на боли и ограниченную подвижность в суставах, ощущение напряженности мышц и сопротивления движениям жалоб не предъявляет. Вывод: на основании жалоб можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система, сердечно-сосудистая и нервная система.

ANAMNESIS MORBI. Время появления первых симптомов не помнит, около 5 лет назад в эпигастральной области периодически, 1 – 2 раза в неделю, возникало чувство дискомфорта, тяжести после еды, в основном после жирной пищи, уменьшающихся через 30 минут. По данному поводу к врачу не обращалась, никакого лечения не проводила. Боли в эпигастральной области появились 17 ноября этого года, после психоэмоционального стресса, появились утром через 1 час после завтрака, что ела не помнит; боли с самого начала носили острый характер, возникали после каждого приема пищи, проходили через 1 – 1.5 часа после возникновения. Тогда же появились изжога, появлявшаяся после приема пищи, в основном жирной или острой, нерегулярно 1-2 раза в неделю, исчезала самостоятельно через 1-2 часа, икота – возникала 1-2 раза в неделю, независимо от приема пищи. С целью лечения принимала сок картофеля, сок алоэ с медом, на фоне лечения улучшения не было. С течением времени наблюдалось ухудшение состояния – боли в эпигастральной области усилились, изжога и икота стали проявляться чаще. Обратилась в поликлинику в г. Алейске 31.12.03, откуда была направлена в поликлинику № 1 г. Барнаул, где поставили диагноз язвенная болезнь желудка 15.12.03., и была направлена в ОКБ ст. Барнаул. Непереносимость медикаментов – нет. Вывод: заболевание имеет острый характер, с прогрессирующем течением.

ANAMNESIS VITAE. Родилась в Чарышском районе, село Гулата. Росла и развивалась нормально, в школе училась хорошо. Окончила педагогическое

училище в Кемеровской области, после окончания которого и по настоящее время работает в детском саде воспитателем в г. Алейск. Живет в частном доме, имеет собственное хозяйство, основная пища – мясо (часто копченое или острое). Менархе в 14 лет, менструации установились через ½ года, половая жизнь нормальная, у больной было 2 родов, 1 медицинский аборт, течение без осложнений. Перенесенные заболевания: острый вирусный гепатит в 1989 года, проводимое лечение не помнит, фиброаденома молочной железы с 2003 года, лечение не проводилось. Туберкулез, сифилис отрицает. Гемотрансфузии не проводились. Психические заболевания отрицает. Травмы отрицает. Операции не проводились. Аллергические заболевания отрицает. Непереносимость лекарственных препаратов – нет. Алкоголь употребляет редко, не курит, других вредных привычек нет. Наследственность:



Легенда: I1 – Дедушка по материнской линии - состояние здоровья и причину смерти не помнит. I2 – Бабушка по материнской линии - состояние здоровья и причину смерти не помнит. I3 – Дедушка по отцовской линии - состояние здоровья и причину смерти не помнит. I4 – Бабушка по отцовской линии - состояние здоровья и причину смерти не помнит. II1 – тетя по материнской линии - состояние здоровья не знает. II2 – мать - здорова. II3 – отец – рак мочевого пузыря. II4 – тетя по отцовской линии – здорова. II5 - тетя по отцовской линии – здорова. III1 – брат – здоров. III3 – муж – здоров. IV1 – дочь – здорова. IV2 – дочь – здорова.

Вывод: Работа связана с психоэмоциональным перенапряжением, качество питания низкое, наследственность отягощена по онкопатологии.

STATUS PRAESENT COMMUNIS. Общее состояние средней тяжести, положение в постели активное, состояние сознания ясное, поведение обычное. Телосложение правильное, конституция нормостенического типа, рост – 162 см, масса – 59 кг. Кожа нормальной окраски, шероховатая, сухая, эластичность снижена, тургор повышен, патологических элементов на коже нет. Волосы на голове нормальные. Ногти тусклые, ногтевое ложе бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка не выражена, толщина кожной складки 1 см, отеков нет. Задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, средние шейные, передние шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, биципитальные, кубитальные, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы развиты нормально, при пальпации безболезненны, уплотнений нет, мышечный тонус хороший. Костно-суставной аппарат: кости не деформированы, при пальпации и поколачивании безболезненны, позвоночник не искривлен. Конфигурация суставов нормальная, без припухлостей и покраснений кожи, объем активный и пассивных движений в норме, движения безболезненны.

Органы дыхания: грудная клетка правильной формы, симметричная, тип дыхания грудной, дыхание ритмичное, одышки и патологического дыхания нет, ЧДД – 17. Нарушения носового дыхания нет. Голос нормальный. Грудная клетка правильной формы, симметричная, резистентность грудной клетки повышена. Голосовое дрожание в II межреберье справа и слева, большой надключичной ямке справа и слева, ямке Моренгейма справа и слева, подмышечной области справа и слева, V межреберье справа и слева, над лопатками справа и слева, в межлопаточном пространстве на уровне поперечных отростков III и V грудных позвонков справа и слева, в подлопаточной области справа и слева голосовое дрожание нормальное.

Перкуторно:

Слева справа

II мр по средне- ясный легочный ясный легочный

ключичной линии

надключич. ямка ясный легочный ясный легочный

большая

ямка Моренгейма ясный легочный ясный легочный

подмышечная обл. ясный легочный ясный легочный

V мр по средне- ясный легочный ясный легочный

подмышечной линии

## над лопатками ясный легочный ясный легочный

## уровень IV мр ясный легочный ясный легочный

межлопат. пр-ва

## уровень VI мр ясный легочный ясный легочный

межлопат. пр-ва

подлопат. обл ясный легочный ясный легочный

Высота стояния верхушек легких 3 см справа и слева, ширина полей Кренига справа – 4 см, слева – 4 см., нижние границы легких:

Справа слева

Linea parasternalis 5 мр

Mediaclavicularis 6 мр

axilaris ant. 7 мр 7 мр

axilaris med. 8 мр 8 мр

axilaris post. 9 мр 9 мр

scapularis 10 мр 10 мр

paravertebralis 10 мр 10 мр

подвижность нижних краев легких: по среднеключичной линии справа на вдохе 2 см, на выдохе 2см, по средней подмышечной справа на вдохе 3 см , на выдохе 3 см, слева – на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, по лопаточной линии справа на вдохе 2см, на выдохе 2 см, слева на вдохе 2 см, на выдохе 2 см.

Аускультативно:

Слева справа

II мр по везикулярное везикулярное

среднекл линии

надключич. ямка везикулярное везикулярное

большая

ямка Моренгейма везикулярное везикулярное

подмышечная обл. везикулярное везикулярное

V мр средне- везикулярное везикулярное

подмышечной линии

над лопатками везикулярное везикулярное

уровень IV мр. везикулярное везикулярное

межлопат. пр-ва

## уровень VI мр. везикулярное везикулярное

межлопат. пр-ва

## подлопат. обл везикулярное везикулярное

При пальпации молочных желез в верхне-наружном квадранте молочной железы слева определяется образование упруго-эластичной консистенции, округлой формы, диаметром 2 см, подвижное, безболезненное, гиперемии, гипертермии кожи нет.

Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок разлитой, высокий, резистентный, пальпируется в 5 межреберье на среднеключичной линии. Перкуторно: относительная тупость сердца: справа 1 см от правого края грудины, слева 1см вправо от среднеключичной линии, верхняя граница на III межреберье, поперечник относительной тупости 12 см. Абсолютная тупость сердца справа по правому краю грудины, слева на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя граница на IV ребре. Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сосудистого пучка 5 см. Аускультативно: основные точки – митральный клапан (зона верхушечного толчка) - тоны сердца ясные, шумов нет; аортальный клапан (II межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; клапан легочного ствола (II межреберье слева от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; трикуспидальный клапан (IV межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; дополнительные точки – точка Боткина-Эрба – тоны ясные, шумов нет, точка Наунина – тоны ясные, шумов нет, точка Левиной – тоны ясные, шумов нет. АД: правая рука – 120/76 мм. рт. ст., левая рука – 120/70 мм. рт. ст., на ногах АД не измерено вследствие отсутствия манжетки на бедро. На поверхностной височной справа и слева, общей сонной справа и слева, подмышечной и плечевой справа и слева, бедренной справа и слева, подколенной справа и слева, задней большеберцовой справа и слева, тыльной артерии стопы справа и слева пульсация хорошая. На аорте и подвздошных артериях справа и слева пульсация не определяется. Пульс на лучевой артерии справа и слева ритмичный, частота 87 уд/мин., твердый, большой, равномерный, синхронный. Аускультативно: аорта – шумов нет, сонная артерия справа и слева – шумов нет, подключичная артерия справа и слева – шумов нет, бедренная артерия справа и слева – шумов нет. Варикозно-расширенных вен, ретикулярного варикоза нет. Отеков нет.

Органы пищеварения. При осмотре полости рта язык розового цвета, влажный, покрыт белым налетом, трещин нет, язв нет; десны светло розового цвета, состояние слизистой хорошее, язв нет; зев, миндалины, глотка без гиперемии, налетов, кровоизлияний; кариозных зубов нет, вверху слева отсутствует 11 зуб. Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц брюшной стенки нет, опухолевидные образования и грыжи отсутствуют, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде плотно-эластичного цилиндра в левой подвздошной области, толщиной около 4 см, безболезненна, с гладкой поверхностью, подвижна, слепая кишка пальпируется в виде мягко-эластичного образования в правой подвздошной области, безболезненна, с гладкой поверхностью, восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром около 5 см, безболезненна, поперечная ободочная кишка не пальпируется, нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 4 см, безболезненна, желудок не пальпируется, поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. При глубокой пальпации в левой подреберной и эпигастральной области умеренно выраженная болезненность

Печень: край плотно-эластичной консистенции, безболезненный, поверхность гладкая, перкуссия по Курлову: I размер 9 см, II размер 7 см., III размер 7 см. Перкуссия селезенки: поперечник тупости селезенки – 4 см., длинник тупости селезенки – 5 см. При перкуссии живота свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости нет.

При аускультации живота определяется шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины нет.

Система мочеотделения: Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Болезненности по ходу мочеточников нет. Мочевой пузырь не пальпируется.

Эндокринная система: щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы: экзофтальм, Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны.

Вывод: На основании болезненности при глубокой пальпации в правой подреберной и эпигастральной области можно предположить наличие патологии желудка.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

Предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка.

Осложнения: нет.

Сопутствующие: мастопатия, фиброаденома молочной железы слева.

Обоснование: на основании жалоб на боли в эпигастральной области после приема пищи, наличие изжоги, икоты, потеря аппетита можно сделать вывод, что имеется патология пищеварительной системы. Данные anamnesis morbi: появление чувство дискомфорта в эпигастральной области, тяжести около 5 лет назад, постепенное присоединение изжоги, икоты, появление обострения 1 месяц назад, проявившемся в виде острых болей в эпигастральной области, учащение изжоги, икоты, свидетельствует о хроническом характере заболевания, его прогрессирующем течении. Данные объективного исследования – наличие белого налета на языке, болезненность при глубокой пальпации в левой подреберной и эпигастральной области свидетельствует о язвенной болезни желудка. Мастопатия, фиброаденома молочной железы с 2003 года.

План дополнительных методов обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимия крови.
3. Группа крови и резус-фактор.
4. Антитела ВИЧ.
5. RW.
6. Общий анализ мочи.
7. Анализ кала.
8. ЭКГ.
9. ФГДС.
10. УЗИ полости живота.
11. ЭГГ.
12. Консультация психотерапевта.
13. Консультация маммолога.

Результаты исследований:

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

Группа крови 0 (I), резус – положительный.

ЭКГ № 18108 от 17.12.03.: ритм синусовый правильный, ЧСС 85/мин. RR – 0.68-0.73, QT – 0.37, ST на изолинии, P – 0.02, PQ – 0.10, ЭОС нормальная Заключение:

Общий анализ мочи от 17.12.03.: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – мутная; белок – отр, удельный вес – 1029, лейкоциты – 2-3 в поле зрения; эритроциты – 1-2 в поле зрения; плоский эпителий – 2-4 в поле зрения; слизь - +.

Анализ кала от 17.12.03.: консистенция – оформленная; цвет – коричневый; рН – 7.0; слизь - ++; мышечные волокна – 2-4 в поле зрения; растительная клетчатка: перевар – 1-2, неперевар – 3-5; нейтральные жиры – ед; лейкоциты – 1-3; я/глис – нет.

ФГДС от 17.12.03. Пищевод и кардия свободно проходимы. В нижней трети пищевода слизистая гиперемированна. В желудке натощак немного слизи, слизистая отечна, гиперемированна больше в нижней трети, в нижней трети истончена, с мелко-очаговой гиперемией. В средней трети тела по малой кривизне хр. язва 0.6\*0.9\*0.2 см, дно покрыто фибрином. Биопсия, цитология. Луковица ДПК рубцово деформирована, выраженные явления бульбита, на нижней стенке «красный» рубец. БДС без особенностей. Clo-test – умеренная инфицированность НР.

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

Консультация психотерапевта 18.12.03.: жалобы на повышенное чувство тревоги, страха за своё здоровье и здоровье родственников, раздражительность, кошмарные сновидения, страх смерти, головные боли. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена, ЧМТ отрицает. Больная контактна, беседует по существу. Эмоциональный фон лабильный, при беседе тревожна, фиксирована на своем состоянии. Интеллект соответствует возрасту и образованию. Диагноз: тревожно-фобическое расстройство у личности с тревожно-мнительным характером. Рекомендации: седативные сборы трав, массаж по Машкову № 10, индивидуальная психотерапия.

УЗИ от 19.12.03.: печень нормальных размеров, контур ровный, эхогенность диффузно, неравномерно повышена, эхоструктура однородна. Желчный пузырь V1 – 6 см3; V2 – 5 см3; V2 – 4 см3, отёк слизистой, размеры нормальные, перегиб в области тела, стенки тонкие, эхоплотность стенок повышена, конкрементов нет, печеночные протоки не изменены, общий желчный проток нормален, печеночные вены не изменены, воротные вена не изменена 11.2 мм. Селезенка не увеличена, эхогенность не изменена, эхоструктура однородна. Поджелудочная железа не увеличена, эхогенность повышена диффузно, контуры: ровные, четкие, эхоструктура однородна. Почки: справа нефроптоз I ст. Размеры левой почки нормальные, правой – нормальные. Соотношение чашечнолоханочного комплекса к паренхиме сохранено, эхогенность не изменена, конкрементов нет, полостных образований нет. Заключение: диффузное изменение структуры печени, поджелудочной железы, стенок желчного пузыря, деформация желчного пузыря, нефроптоз справа I ст.

Клинический диагноз: основной: язвенная болезнь желудка с локализацией язвенного дефекта по малой кривизне, размером 0.6\*0.9\*0.2 см, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, впервые выявленная; язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная, ремиссия. Дискинезия ЖВП по гипомоторному типу.

Обоснование диагноза: данные ФГДС подтверждают предварительный диагноз язвенной болезни желудка, свидетельствуют о наличии язвенного дефекта в средней трети малой кривизны желудка, Clo-test – умеренная инфицированность НР – указывает на ассоциацию ЯБЖ с НР, патогистологическое исследование подтверждает диагноз язвы желудка, отсутствие данных в anamnesis morbi et anamnesis vitae о ЯБЖ указывает на впервые выявленную ЯБЖ. Данные ФГДС - Луковица ДПК рубцово деформирована, выраженные явления бульбита, на нижней стенке «красный» рубец, указывают на язвенную болезнь ДПК, отсутствие данных в anamnesis morbi et anamnesis vitae о язвенной болезни ДПК указывает на впервые выявленную язвенную болезнь ДПК. О дискинезии ЖВП по гипомоторному типу свидетельствуют результаты УЗИ - желчный пузырь V1 – 6 см3; V2 – 5 см3; V2 – 4 см3, отёк слизистой, размеры нормальные, перегиб в области тела, стенки тонкие, эхоплотность стенок повышена, конкрементов нет, печеночные протоки не изменены, общий желчный проток нормален, где видно что уменьшение объема желчного пузыря при проведении пробы недостаточно.

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

Осложнения основного заболевания – нет.

Диагноз сопутствующих заболеваний: мастопатия, фиброаденома молочной железы слева.

Фоновое заболевание: тревожно-фобическое расстройство у личности с тревожно-мнительным характером.

Этиология и патогенез основного заболевания.

Факторы вызывающие:

1. Психоэмоциональное напряжение.
2. Отрицательные длительные эмоции.
3. Лекарственные воздействия
4. Вредные привычки.
5. Инфекция НР.
6. Нарушение дуоденальной проходимости.
7. Местное воздействие механических, физических и термических раздражителей.

Факторы способствующие:

Нарушение характера и ритма питания.

Факторы предрасполагающие:

1. Наследственная предрасположенность.
2. Увеличение массы обкладочных клеток.
3. Повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи.
4. Дефицит ингибиторов трипсина.
5. Расстройство моторики гастродуоденальной зоны.
6. Группа крови 0 (I).
7. Положительный резус-фактор.
8. Статус несекреторов (неспособность секретировать со слюной антигены АВН).
9. Дефицит фукомукопротеидов.
10. Генотип: HLA: В5, В15, В35.
11. Нарушение выработки IgA.

В основе Я. б. лежит нарушение равновесия между агрессивными свойствами желудочного содержимого и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Причинами усиления кислотно-пептической агрессии могут быть увеличение секреции соляной кислоты (например, вследствие увеличения числа обкладочных клеток либо нарушения нейрогуморальной регуляции их функции при повышении тонуса блуждающего нерва или увеличении выработки гастрина) и нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, приводящее к длительной задержке кислого содержимого в выходном отделе желудка, слишком быстрому поступлению его в луковицу двенадцатиперстной кишки, дуодено-гастральному рефлюксу желчи. Ослабление защитных свойств слизистой оболочки может происходить при уменьшении выработки желудочной слизи и ухудшении ее качественного состава, угнетении выработки бикарбонатов, входящих в состав желудочного и панкреатического сока, нарушении регенерации эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшении содержания в ней простагландинов, снижении регионарного кровотока. Немаловажную роль в нарушении равновесия между агрессивными свойствами желудочного сока и барьерной функцией слизистой оболочки играет эндокринная система. Так, АКТГ, тиреотропный гормон, инсулин способствуют увеличению, а минералокортикоидные гормоны и глюкагон — снижению выработки соляной кислоты, соматотропный гормон, пролактин и андрогены стимулируют, а глюкокортикоиды подавляют регенераторную активность эпителиальных клеток слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; АКТГ и глюкокортикоиды тормозят слизеобразование. В прогрессировании Я. б. большое внимание уделяется изменениям иммунной системы (аутоагрессии в результате антигенного воздействия на организм продуктов распада тканей дна язвы, нарушениям клеточного и гуморального иммунитета и др.).

    Соотношение патогенетических факторов агрессии и защиты в патогенезе заболевания в каждом отдельном случае может быть различным, тем не менее принято считать, что роль кислотно-пептического фактора язвообразования наиболее выражена при дуоденальной локализации язв, тогда как снижение резистентности слизистой оболочки чаще всего выступает ведущим патогенетическим фактором язв желудка.

**Патологическая анатомия.** Морфологическим субстратом Я. б. является хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Язва желудка в большинстве случаев образуется в области малой кривизны, на границе между участками расположения пилорических и фундальных желез, причем на стороне последних в зонах, ограниченных передними и задними косыми и циркулярными волокнами собственной мышечной оболочки, там, где при движениях желудка происходит наибольшее растяжение его стенки. Размеры язв желудка колеблются от нескольких миллиметров до 5—6 *см* и более в диаметре, глубина достигает 20 *мм*; они могут проникать только до подслизистой основы, чаще разрушают все слои стенки желудка. Микроскопически в дне язв в фазе обострения различают 4 слоя. Первый слой -— поверхностный (зона экссудации), образован бесструктурными некротическими массами, слизью ифибрином, инфильтрированными лейкоцитами и макрофагами. Здесь же видны частицы пищи, грибки, колонии других микроорганизмов. Второй слой зона фибриноидного, или набухающего некроза, возникает в результате воздействия соляной кислоты на ткань, лишенную слизистой оболочки. Препятствуя эпителизации язв, он в то же время защищает более глубокие слои язвы от протеолитического действия желудочного сока, а также стимулирует развитие грануляционной ткани. При быстром прогрессировании процесса эта зона расширяется, при заживлении язвы — суживается. Третий слой представлен грануляционной тканью с большим количеством характерных вертикальных сосудов, разной степени выраженности лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и фиброзом: четвертый — зрелой соединительной тканью, важной особенностью которой является распространение в стороны, далеко за пределы самого язвенного дефекта, а также во все слои стенки желудка.

    Прогрессирование язв проявляется их расширением и углублением. Оно может происходить как путем разрушения краев язв (центрифугально), так и путем формирования эрозий и острых язв вблизи хронических, в последующем сливающихся с «основной» язвой (центрипетально).

    В процессе заживления язв выделяют 4 стадии. Первая стадия, или стадия начального заживления, характеризуется наползанием эпителия с краев и началом роста столбчатого эпителия; вторая, или стадия пролиферативного заживления, — появлением низких папилломатозных выступов, расположенных в виде палисада и покрытых регенерирующим эпителием. В третьей стадии — стадии палисадного рубца — язвенный дефект не виден, на его месте расположены палисадоподобные тяжи, конвергирующие к центру язвы: при гистологическом исследовании выявляется много капилляров и незрелых слизистых желез, типа псевдопилорических. В четвертой стадии — стадии булыжного рубца — дно язвы покрыто новообразованной слизистой оболочкой с большим количеством псевдопилорических желез.

    В окружности язв желудка постоянно выявляется картина хронического гастрита, в области краев атрофического, нередко с признаками шишечной метаплазии. Здесь же выражена инфильтрация клетками, секретирующими иммуноглобулины. Особенно много появляется клеток, продуцирующих lgG, что свидетельствует об активации местной иммунной системы. Выработка lgG. которые не только лизируют чужеродные агенты, но также способствуют высвобождению лизосомальных ферментов макрофагов и денатурации ткани, может привести к затягиванию процесса и прогрессированию язв. В артериях, расположенных в краях язв, развивается картина продуктивного эндартериита, иногда ведущего к облитерации просвета сосудов. Нередко в склерозированной стенке желудка (обычно вблизи язв) формируются артериовенозные анастомозы. Здесь же встречаются образования, напоминающие ампутационные невромы.

    Язвы двенадцатиперстной кишки локализуются преимущественно в зоне, расположенной приблизительно на 2 *см* дистальнее привратника, значительно реже встречаются постбульбарные язвы. Диаметр большинства язв не превышает 1 *см*. Строение дна их почти такое же, как и язв желудка. В области краев язв часто наблюдается желудочная метаплазия с замещением энтероцитов столбчатым эпителием, структурно и гистохимически сходным с поверхностным эпителием желудка. Для окружающей слизистой осколочки характерна картина хронического дуоденита, нередко атрофического. Язвенный процесс в двенадцатиперстной кишке сопровождается гиперплазией париетальных клеток желудка, антральным гастритом.

Лечение:

Физическая активность – свободный.

Диета № 1.

Медикаментозная терапия:

Rp.: Tinidazoli 0.5

D.t.d. N 20 in tab.

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

Rp.: Roxithromycini 0.15

D.t.d. N 20 in tab.

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

Rp.: Omeprazoli 0.02

D.t.d. N 20 in tab.

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

Rp.: Tab. Extr. Valerianae N 20

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Rp.: Almagelum 250.0

S. По 1 столовой ложке до еды.

Физиотерапия.

Дневник:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Лечение |
| 18.12.03. | Состояние неудовлетворительное, предъявляет жалобы на умеренные, жгучие боли в эпигастральной области после еды, интенсивность болей уменьшилась, продолжительность 1 час. Изжога, икота сохраняются.  Состояние сознания ясное, поведение обычное. Задние шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, средние шейные, передние шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, биципитальные, кубитальные, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.  Мышцы при пальпации безболезненны, уплотнений нет, мышечный тонус хороший. Костно-суставной аппарат: конфигурация суставов нормальная, без припухлостей и покраснений кожи, объем активный и пассивных движений в норме, движения безболезненны.  Органы дыхания: тип дыхания грудной, дыхание ритмичное, одышки и патологического дыхания нет, ЧДД – 16. Нарушения носового дыхания нет. Голос нормальный. Голосовое дрожание усилено в подлопаточной области справа и слева. Перкуторно: по все точкам звук ясный легочный.  Высота стояния верхушек легких 3 см справа и слева, ширина полей Кренига справа – 4 см, слева – 4 см., нижние границы легких:  Справа слева  Linea parasternalis 5 мр  Mediaclavicularis 6 мр  axilaris ant. 7 мр 7 мр  axilaris med. 8 мр 8 мр  axilaris post. 9 мр 9 мр  scapularis 10 мр 10 мр  paravertebralis 10 мр 10 мр  подвижность нижних краев легких: по среднеключичной линии справа на вдохе 2 см, на выдохе 2см, по средней подмышечной справа на вдохе 3 см , на выдохе 3 см, слева – на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, по лопаточной линии справа на вдохе 2см, на выдохе 2 см, слева на вдохе 2 см, на выдохе 2 см.  Аускультативно: дыхание везикулярное по всем точкам. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок разлитой, высокий, резистентный, пальпируется в 5 межреберье на среднеключичной линии. Перкуторно: относительная тупость сердца: справа 1 см от правого края грудины, слева 1см вправо от среднеключичной линии, верхняя граница на III межреберье, поперечник относительной тупости 12 см. Абсолютная тупость сердца справа по правому краю грудины, слева на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя граница на IV ребре. Конфигурация сердца нормальная. Поперечник сосудистого пучка 5 см. Аускультативно: основные точки – митральный клапан (зона верхушечного толчка) - тоны сердца ясные, шумов нет; аортальный клапан (II межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; клапан легочного ствола (II межреберье слева от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; трикуспидальный клапан (IV межреберье справа от края грудины) – тоны ясные, шумов нет; дополнительные точки – точка Боткина-Эрба – тоны ясные, шумов нет, точка Наунина – тоны ясные, шумов нет, точка Левиной – тоны ясные, шумов нет. АД: правая рука – 120/80 мм. рт. ст., левая рука – 120/86 мм. рт. ст., на ногах АД не измерено вследствие отсутствия манжетки на бедро. На поверхностной височной справа и слева, общей сонной справа и слева, подмышечной и плечевой справа и слева, бедренной справа и слева, подколенной справа и слева, задней большеберцовой справа и слева, тыльной артерии стопы справа и слева пульсация хорошая. На аорте и подвздошных артериях справа и слева пульсация не определяется. Пульс на лучевой артерии справа и слева ритмичный, частота 80 уд/мин., твердый, большой, равномерный, синхронный. Аускультация сосудов - шумов нет. Отеков нет.  Органы пищеварения. При осмотре полости рта язык розового цвета, влажный, покрыт белым налетом, трещин нет, язв нет; десны светло розового цвета, состояние слизистой хорошее, язв нет; зев, миндалины, глотка без гиперемии, налетов, кровоизлияний. Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц брюшной стенки нет, опухолевидные образования и грыжи отсутствуют, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в виде плотно-эластичного цилиндра в левой подвздошной области, толщиной около 4 см, безболезненна, с гладкой поверхностью, подвижна, слепая кишка пальпируется в виде мягко-эластичного образования в правой подвздошной области, безболезненна, с гладкой поверхностью, восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром около 5 см, безболезненна, поперечная ободочная кишка не пальпируется, нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота мягко-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 4 см, безболезненна, желудок не пальпируется, поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. При глубокой пальпации в левой подреберной и эпигастральной области умеренно выраженная болезненность  Печень: край плотно-эластичной консистенции, безболезненный, поверхность гладкая, перкуссия по Курлову: I размер 9 см, II размер 7 см., III размер 7 см. Перкуссия селезенки: поперечник тупости селезенки – 4 см., длинник тупости селезенки – 5 см. При перкуссии живота свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости нет.  При аускультации живота определяется шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины нет.  Система мочеотделения: Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Болезненности по ходу мочеточников нет. Мочевой пузырь не пальпируется.  Эндокринная система: щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы: экзофтальм, Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды.  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 19.12.03. | Состояние с положительной динамикой, предъявляет жалобы на икоту, других жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/86 мм. рт. ст., левая рука – 120/86 мм. рт. ст., пульс – 85 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких без изменений, тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца без изменений. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки без изменений. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 22.12.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/80 мм. рт. ст., левая рука – 120/76 мм. рт. ст., пульс – 87 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические оправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 23.12.03 | Состояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на икоту 1 раз в день, других жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -125/80 мм. рт. ст., левая рука – 125/76 мм. рт. ст., пульс – 74 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 24.12.03. | Состояние с положительной динамикой жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/86 мм. рт. ст., левая рука – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 79 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 25.12.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/86 мм. рт. ст., левая рука – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 79 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 26.12.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/80 мм. рт. ст., левая рука – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 75 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 29.12.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -126/80 мм. рт. ст., левая рука – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 73 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |
| 30.12.03. | Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура 36.6 оС, АД: правая рука -120/80 мм. рт. ст., левая рука – 120/80 мм. рт. ст., пульс – 79 уд/мин. Дыхание везикулярное, шумов нет, границы легких не изменены, тоны сердца ясные ритм правильный, шумов нет, границы абсолютной и относительной тупости сердца не изменены. Живот при осмотре симметричный, пальпаторно мягкий, безболезненный, границы печени и селезенки не изменены. Лимфоузлы не пальпируются. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный справа. Физиологические отправления в норме. | Tab. Omeprozoli 0.02  2 р/д, до еды у/в.  Tab. Cerucali 0.01 3 р/д за 10 мин до еды  Tab. Amoxicyllini 0.5 4 р/д  Tab. Promedoli 0.5  2 р/д после еды |

Заключительный диагноз: язвенная болезнь желудка с локализацией язвенного дефекта по малой кривизне, размером 0.6\*0.9\*0.2 см, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, впервые выявленная; язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная. Дискинезия ЖВП по гипомоторному типу.

Прогноз:

Для жизни: заболевание опасности не представляет.

Для здоровья: заболевание хроническое, при дальнейшем течении болезни возможны обострения.

Для трудоспособности: возможен не напряженный интеллектуальный и легкий физический труд.

Выписной эпикриз.

Больная поступила с жалобами на острые боли в эпигастральной области после еды, изжогу, икоту. Выполнены исследования – клинический анализ крови, биохимия крови, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, анализ кала, ЭКГ, ФГДС, УЗИ полости живота. Поставлен диагноз - язвенная болезнь желудка с локализацией язвенного дефекта по малой кривизне, размером 0.6\*0.9\*0.2 см, ассоциирована с умеренной инфицированностью НР, впервые выявленная; язвенная болезнь ДПК, впервые выявленная. Дискинезия ЖВП по гипомоторному типу. Проведены лечебные мероприятия: медикаментозная терапия – омепразол, церукал, промедол, амоксициллин; психотерапия. Во время лечения наблюдалась положительная динамика в состоянии больной – жалоб на боли в эпигастральной области после еды, изжогу, икоту нет. Выписывается в удовлетворительном состоянии.

Рекомендации: режим физической активности –

Режим питания - Питание должно быть дробным (5—6 раз в сутки), пища — механически и химически щадящей. Из пищи исключают жареные блюда, сырые овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку (репу, капусту, груши, персики и др.), маринады, соления, копчености, крепкие бульоны, специи, газированные напитки, кофе, какао. Пища должна содержать достаточное количество белка и витаминов. Наиболее предпочтительны молоко и молочные продукты, по утрам яйцо всмятку и овсяная или манная каша. Мясо и рыбу употребляют в виде блюд, приготовленных на пару.

Режим труда и быта - трудоспособность вне периодов обострения сохраняется, выполнение профессиональных обязанностей воспитателя д/с возможно в полном объеме.

Мероприятия по предупреждению прогрессирования болезней -

Rp.: Tinidazoli 0.5

D.t.d. N 20 in tab.

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

Rp.: Roxithromycini 0.15

D.t.d. N 20 in tab.

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

Rp.: Omeprazoli 0.02

D.t.d. N 50 in tab.

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

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

Rp.: Tab. Extr. Valerianae N 20

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Rp.: Almagelum 250.0

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

Rp.: Tab. Famotidini 0.04 N 20

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

Амбулаторное наблюдение у терапевта 2 раза в год.

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

ЛИТЕРАТУРА.

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