Паспортная часть.

ФИО:

Возраст:

Пол:

Место жительства:

Место работы:

Дата поступления:

Дата курации:

***Жалобы.***

Ноющие боли в эпигастральной области постоянного характера, отдающие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи, отсутствие аппетита, похудание на 5 кг за последние 6-х месяцев.

***Anamnesis morbi.***

Считает себя больной в течение 6 мес., когда впервые появились боли в эпигастрии, отдающие в спину. При обращении к терапевту была направлена к невропатологу. На фоне приема диклофенака боли усилились. 23.10.01 на ЭГДС обнаружена язва верхней трети желудка (1.3 х 1.1см), госпитализирована. За последние 6 месяцев похудела на 5 кг.

***Anamnesis vitae.***

Больная родилась и жила постоянно в Москве. Росла и развивалась нормально.

Работала на АМО ЗИЛ, условия труда нормальные, график и режим питания не нормированы.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРЗ, детские инфекции. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Аллергию отрицает.

Наследственность – не отягощена.

***Общий осмотр.***

Состояние удовлетворительное. Т-37.0 С.

Сознание ясное. Положение активное.

Нормостенический конституционный тип. Телосложение правильное. Выражение лица спокойное.

Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Пигментация и депигментация отсутствуют. Высыпаний нет. Тургор кожи сохранен, кожа нормальной влажности и эластичности. Оволосение по женскому типу.

Ногти овальной формы, розового цвета, ногтевые пластинки не изменены.

Видимые слизистые розовые, влажные, высыпания на слизистых отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо (толщина кожно-подкожно-жировой складки на уровне пупка 1.5 см), отеков нет.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное. Сила мышц сохранена. Болезненности при ощупывании мышц нет.

Деформаций костей нет. Болезненности при ощупывании и поколачивании нет.

Суставы обычной конфигурации, припухлости, болезненности при пальпации суставов нет. Местная температура кожи над суставами не изменена. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Движения в суставах безболезненные.

***Сердечно-сосудистая система.***

Выпячивания в области сердца, видимой пульсации нет. Набухания шейных вен, “пляски каротид”, положительного венного пульса нет. При пальпации области сердца: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии, нормальной силы, площадью 2 кв. см. Другой пульсации и зон гиперестезии и пальпаторной болезненности не выявлено.

Перкуссия сердца*:*

Границы относительной сердечной тупости

правая по правому краю грудины в 4 межреберье

левая на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье.

верхняя на 3 ребра у левого края грудины

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

правая левого края грудины в 4 межреберье

левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии на уровне 5 межреберья

верхняя у левого края грудины на уровне 4 ребра

Аускультациясердца: тоны сердца приглушены, ритмичные. Дополнительные шумы не выявляются. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.

ЧСС 72 удара в минуту. Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицит пульса и pulsus diferens не определяются.

Артериальное давление на плечевых артериях / по методу Короткова / 120/80 мм.рт.ст.

Набухания шейных вен, видимой пульсации, положительного или отрицательного венного пульса нет.

Двойной шум Виноградова-Дюрозье, двойной тон Траубе не определяются. Шум волчка не выслушивается.

Расширенных вен грудной клетки, брюшной стенки нет.

***Система органов дыхания.***

Нос нормальной формы, дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и кровотечения нет. Деформации и припухлости в области гортани нет. Голос громкий, чистый. Грудная клетка нормостеническая, правильной формы, обе половины равномерно участвуют в дыхании, боковой размер преобладает над переднезадним. Искривлений позвоночника нет. Окружность грудной клетки-70 см. Экскурсия грудной клетки-6 см. Дыхание ритмичное, глубокое, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные. Частота дыхания 16 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание проводится во все отделы грудной клетки.

При сравнительной перкуссии легких над поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук во всех отделах грудной клетки.

Топографическая перкуссия легких:

 линия справа слева

l.parasternalis 6межреберье -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7 ребро

l.axillaris media 8 ребро 8 ребро

l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро

l. scapularis 10 ребро 10ребро

l.paravertebralis на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка

Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 3 см 3 см

сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка

Подвижность легочных краев

 справа 6 см

 слева 6 см

Аускультативно дыхание везикулярное во всех отделах грудной клетки.

Бронхофония одинаковая с обеих сторон, не изменена.

***Система органов пищеварения.***

Слизистая ротовой полости, чистая, язык обложен белым налетом, влажный. Десны не кровоточат, без воспалительных явлений. Живот симметричный, не вздут. Брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

***Печень и желчный пузырь****.*

 Нижний край печени из под реберной дуги не выходит за край реберной дуги, пальпируется в правом подреберье, мягкий, эластичный, заостренный, безболезненный.

Границы печени по Курлову 9-8-8

По правой срединно-ключичной линии 9 см.

По передней срединной линии 8 см.

По левой реберной дуге 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Ортнера отрицательный. Френикус-симптом отрицательный.

***Селезенка.***

Селезенка не пальпируется,

Перкуторные границы селезенки: продольный по Х ребру- 7 см.

 поперечный- 5 см.

***Мочеполовая система.***

Почки пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное до 1.5 л в сутки. Моча соломенно-желтая. Примеси крови в моче нет.

***Нервная система и органы******чувств.***

 Сознание ясное, настроение хорошее ориентирована во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления памяти и внимания нет. Острота зрения в норме, двоения в глазах, птоза нет движения глазных яблок в полном объеме. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая. Носогубные складки при оскале зубов симметричны. Дисфонии и дисфагии нет. Менингиальные симптомы отрицательные. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами устойчива. Судорог, контрактур мышц нет. Объем движений и сила конечностей в норме. Пальпаторная болезненность по ходу нервных стволов и корешков не выявляется. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности нет. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Кожа - красный дермографизм. Температурной асимметрии, трофических язв, нарушения потоотделения нет.

***Предварительный диагноз.***

Язвенная болезнь желудка впервые выявленная.

***План обследования.***

Лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, электролиты крови, RW, Hbs, ВИЧ, гр. крови, Rh-фактор.

Инструментальные исследования: ЭГДС с прицельной биопсией зоны поражения и последующим гистологическим исследованием взятого материала, R-гр желудка, R-гр органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, исследование секреторной функции желудка

***Данные анализов и специальных исследований.***

Клинический анализ крови от 13.11.2001

гемоглобин 142 г\л

эритроциты 4.58

лейкоциты 5.9 х 10 в 9 степени на литр

лимфоциты 20.4 %

моноциты 5.5 %

гранулоциты 74.1 %

СОЭ 20 мм/ч

Анализ мочи общий 13.11.2001.

цвет соломенно-желтый

прозрачность мутная

реакция щелочная

удельный вес 1015

белок abs

желчные кислоты abs

сахар abs

билирубин abs

лейкоциты abs

эритроциты abs

эпителий переходный мало

Биохимический анализ крови 30.10.2001

Общий белок 74 г/л

Мочевина 5.1 ммоль/л

Креатинин 84 ммоль/л

Билирубин 7.0 ммоль/л

АЛТ 21.0

АСТ 36.0

ЛДГ 454

ГГТП 50

Глюкоза 6.3 ммоль/л

***Данные инструментальных исследований.***

ЭКГ от 25.10.2001 : синусовый ритм, правильный, Вертикальное положение ЭОС. Изменение миокарда нижней стенки левого желудочка.

R-скопия органов грудной клетки: легочные поля прозрачны. Легочный рисунок не изменен. Участок тяжистого фиброза легочной ткани в проекции средней доли правого легкого. Определяется очаговая тень известковой плотности (очаг Гона?). Корни легких структурны, не расширены. Диафрагма расположена обычно, правый купол подтянут кверху и частично фиксирован в передних отделах спайками. Синусы прослеживаются, правый передний синус запаян. Сердце и аорта без особенностей.

Диагностическая ЭГДСот 23.10.01 .

Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается. В желудке – небольшое количество пенистого содержимого. Складки слизистой продольно направлены. Перистальтика прослеживается. Слизистая желудка умеренно гиперемирована. На задней стенке верхней трети тела желудка имеется язвенный дефект неправильной формы около 1.3 х 1.1 см. Взята биопсия, ткани мягкие. Привратник функционирует нормально. Луковица ДПК без особенностей.

Заключение: Язва верхней трети тела желудка, поверхностный гастрит.

Биопсийное исследование от 26.10.01.

Макроскопически: 4 кусочка серой ткани размером 0.1 х 0.2 см.

Микроскопически: В кусочках взятых по- видимому из краев и дна хронической язвы видны фрагменты слизистой желудка, в них отмечается воспалительная инфильтрация с преобладанием полиморфноядерных лейкоцитов. В одном из фрагментов по краю виден небольшой участок стенки хронической язвы, построенной из слоя гнойно-некротического детрита, участок фибриноидного некроза, грануляций и склероза. Отдельно кусочек гнойно-некротического детрита.

Контрольная ЭГДС от14.11.01.

При контрольном исследовании в верхней трети тела желудка по задней стенке ближе к большой кривизне рубцующаяся язва до 0.5 см в диаметре. В остальном эндоскопическая картина прежняя.

Заключение: Рубцующаяся язва желудка, поверхностный гастрит.

***Окончательный диагноз и обоснование.***

Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная.

На основании жалоб больной (на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи); данных анамнеза заболевания (длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов - диклофенак). На диагностической ЭГДС от 23.10.2001 выявлен язвенный дефект на задней стенке верхней трети желудка, при биопсии – в кусочках взятых по- видимому из краев и дна хронической язвы видны фрагменты слизистой желудка, в них отмечается воспалительная инфильтрация с преобладанием полиморфноядерных лейкоцитов. В одном из фрагментов по краю виден небольшой участок стенки хронической язвы, построенной из слоя гнойно-некротического детрита, участок фибриноидного некроза, грануляций и склероза. Отдельно кусочек гнойно-некротического детрита.

***Дифференциальный диагноз.***

Ведущими симптомами язвенной болезни у нашей больной являются жалобы на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи, отсутствие аппетита, похудание на 5 кг за последние 6-х месяцев. Однако некоторые из этих симптомов могут встречаться и при других заболеваниях, таких как: гастрит типа В, рак желудка, холецистит.

Хронический холецистит, как правило, развивается на фоне желчно-каменной болезни, и характеризуется болями в правом подреберье, которые возникают после приема жирной и острой пищи. Боли сопровождаются тошнотой, а иногда рвотой желчью. Кроме того, при хроническом холецистите могут наблюдаться симптомы Мерфи, Мюсси, Ортнера. Так как у нашей больной данная клиническая картина отсутствует, то это позволяет исключить наличие хронического холецистита.

Рак желудка. Ведущими симптомами в картине заболевания является тошнота, возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также постоянные, ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери вследствие изъязвления рака и возможно длительно протекающего атрофического гастрита. При раке желудка наблюдается значительная потеря веса, а также появление изменений вкусовых ощущений (например, отвращение к мясу, жирной пище и т.п.). У нашей больной боли хотя и носят постоянный характер, однако они не заканчиваются рвотой, кроме того, отсутствуют симптомы хронической кровопотери (нарастающая анемия в анализах крови). Кроме того, диагноз рака желудка подтверждается гистологическим исследованием, материал для которого берется во время фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной данных за рак желудка (клинической картины и лабораторных и инструментальных исследований) нет.

Хронический гастрит чаще наблюдается в молодом возрасте, преимущественно у мужчин, основными симптомами являются боли и диспепсические расстройства. Также как и при язвенной болезни, при гастрите наблюдаются тупые, ноющие боли, которые локализуются в подложечной области и стихают после приема пищи. Также как и при язвенной болезни, гастрит может сопровождаться изжогой, отрыжкой кислым. Однако язвенная болезнь характеризуется глубокими морфологическими изменениями, которые обнаруживаются при фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной при фиброгастродуоденоскопии получены убедительные данные, подтверждающие наличие язвы желудка.

##### Дневники

22.11.01

Состояние удовлетворительное. Т-37.0 С

Жалоб нет.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм.рт.ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

1. Стол - голод

2. Режим - постельный

3. Противоязвенная терапия - Ранитидин 100мг х 3р

Викалин 1т х 3р

Трихопол 1т х 3р

Тетрациклин 1т х 3р

Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Спазмолитическая терапия - Платифилин 1.0 в\м

5. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

26.11.01

Состояние удовлетворительное. Т-36.7 С

Жалоб нет.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм рт ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

1. Стол - 1

2. Режим - постельный

3. Противоязвенная терапия - Ранитидин 100мг х 3р

 Викалин 1т х 3р

 Трихопол 1т х 3р

 Тетрациклин 1т х 3р

 Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Спазмолитическая терапия - Платифилин 1.0 в\м

### Папаверин 2.0 в\м

5. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

29.11.01

Состояние удовлетворительное. Т-36.6 С

Жалобы на боли, тяжесть в эпигастрии, тошноту, двукратную рвоту съеденной пищей.

Кожные покровы чистые, нормальной влажности, бледные,

 видимые слизистые розовые, влажные, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные нормальной звучности. АД - 100/60 мм рт ст, ЧСС - 72 уд в мин, хорошего наполнения и напряжения. ЧД - 14 в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области и правом подреберье, участвует в акте дыхания, не вздут, притупления в отлогих местах нет. Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный.

Назначения:

 1. Стол - 1

2. Режим - палатный

3. Противоязвенная терапия - Ранитидин 100мг х 3р

Викалин 1т х 3р

Трихопол 1т х 3р

Тетрациклин 1т х 3р

Церукал 1.0 х 4р в\м

4. Спазмолитическая терапия - Платифилин 1.0 в\м

### Папаверин 2.0 в\м

5. Витаминотерапия - Vit B1 2.0, Vit B6 2.0 через день

***Эпикриз.***

Х, 42 лет поступила в МСЧ ЗИЛ 24.10.01. Заболела около 6 месяцев назад, когда впервые появились боли в эпигастрии, отдающие в спину. При обращении к терапевту была направлена к невропатологу. На фоне приема диклофенака боли усилились. 23.10.01 на ЭГДС обнаружена язва верхней трети желудка (1.3 х 1.1см), госпитализирована. За последние 6 месяцев похудела на 5 кг. Была сразу направлена в МСЧ ЗИЛ для госпитализации. При поступлении состояние средней тяжести, жалобы на ноющие боли в эпигастральной области постоянного характера отдающие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи, отсутствие аппетита. Больной проводилась консервативная терапия – противоязвенная, спазмолитическая и витаминотерапия. Состояние улучшилось, боли стихли, при контрольной ЭГДС отмечается положительная динамика.

В настоящее время больной проводится консервативная терапия, в связи с тем, что язва не зарубцевалась, но имеется положительная динамика, сроки госпитализации продлены.