**I. Паспортная часть**

Фамилия -

Имя –

Отчество –

Возраст – 32 года

Профессия - воспитатель детского сада

Домашний адрес –

Дата поступления – 20 августа 2003г.

Диагноз при поступлении: Язвенная болезнь. Фаза обострения.

Клинический диагноз: Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы двенадцатипёрстной кишки. Хронический гастрит.

**II. Жалобы**

На момент поступления: на сильные, кинжальные боли в эпигастральной области; возникающую на высоте болей рвоту свежесъеденой пищей, приносящую облегчение в течение трёх дней; резкую потерю веса; распирающие головные боли.

**III. Anamnesis morbi**

Считает себя больной с весны 1993 года, когда появились ноющие боли в эпигастральной области; чувство тяжести, возникающее после приема пищи, сопровождающееся тошнотой; потерю веса. Обратилась в медсанчасть №15, откуда была направлена в отделение факультетской терапии клиник Самарского государственного медицинского университета, где, на основании сделанной ФГДС (со слов больной), был поставлен диагноз гастрита. Назначена терапия: церукал, но-шпа, метацин, диетотерапия. На фоне терапии наступило улучшение состояния.

В июле 1997 года после нервного стресса, связанного с разводом, внезапно появились резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье; однократно - стул черного цвета, оформленный; сильные головные боли, рвота съеденной пищей, слабость. Доставлена бригадой скорой помощи в отделение факультетской терапии клиник СамГМУ. В результате проведенной ФГДС в приёмном покое была впервые выявлена (со слов больной) язва луковицы двенадцатиперстной кишки d = 12 мм. Была назначена терапия: церукал, ампициллин, папаверин, спазмол, вентер, метацин (или альмагель), сок алоэ, в/м солкосерил, в/в алоэ, глюкоза, отвар из плодов шиповника, витаминотерапия. На фоне терапии наступило улучшение.

20 августа 2003 года поступила в отделение факультетской терапии клиник СамГМУ с жалобами на сильные, схваткообразные, кинжальные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; возникающую на высоте болей рвоту свежесъеденой пищей в течение трёх дней, приносящую облегчение; резкую потерю веса (20 кг за лето, со слов больной); распирающие головные боли.

Раз в год больная отмечает появление гастралгий, появление которых ни с чем не связывает.

**IV. Anamnesis vitae**

Родилась в 1971 году в Самаре, росла и развивалась соответственно возрасту, закончила 11 классов средней школы.

1. Семейный анамнез и наследственность:

Замужем, имеет двух детей. У матери больной – гипертоническая болезнь, микроинфаркт.

2. Профессиональный анамнез:

Трудовую деятельность начала с 1989 года и по настоящее время работает воспитателем в детском саду №225 в г.Самара.

3. Бытовой анамнез:

Гигиенический режим соблюдает, питание регулярное и полноценное (не соблюдает рекомендации по питанию, прописанные врачом – любит солёную рыбу).

4. Эпид. анамнез: болезнь Боткина, туберкулёз, малярия, тифы, дифтерию, холеру, венерические заболевания отрицает.

5. Эмоционально-нервнопсихический анамнез:

Без особенностей.

6. Перенесенные заболевания: операции: гнойный аппендицит - аппендэктомия в 1991 году.

8. Вредные привычки: Злоупотребление алкоголем, курение и употребление наркотиков отрицает.

9. Гемотрансфузионный анамнез: Со слов больной, гемотрансфузии, инъекции за последние 6 месяцев не производились. Контакт с инфекционными больными отрицает.

10. Аллергологический анамнез: аллергические реакции на пищевые продукты отрицает. Лекарственные препараты: новокаин.

**V. Status praesens.**

1. Общий осмотр.

Общий вид больного: состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое.

Рост: 164 см.

Вес: 64 кг.

Кожные покровы: чистые, бледные, тургор кожи сохранен.

Волосяной покров: равномерный, симметричный, соответствует полу.

Ногти: овальной формы, сухие, эластичные, желтовато-розовые.

Видимые слизистые оболочки: чистые, влажные, бледные.

Подкожная клетчатка: выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина складки на уровне пупка - 2 см.

Лимфатическая система: подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые узлы не пальпируются, безболезненны.

Мышечно-суставная система: деформаций скелета нет, мышечная система развита хорошо; сила мышц сохранена в полном объёме.

2. Сердечно - сосудистая система.

Осмотр: грудная клетка в области сердца без изменений.

Пальпация: верхний толчок не пальпируется; пульс - 78 ударов в минуту; ритмичный, удовлетворительного наполнения; не напряжён; симметричен на обеих руках; АД - 110 / 70 мм рт. ст.

Перкуссия:

| **Границы**  **сердца** | **Относительная сердечная тупость** |  **Абсолютная** **сердечная тупость** |
| --- | --- | --- |
| **Правая: IV м/р.**  | на 1.5 см от правого края грудины | у правого краягрудины |
| **Верхняя** | соответствует нижнему краю III ребра по l. parasternalis | верхний край IV ребра между l.sternalis и l.parasternalis |
| **Левая:****V м/р.** | на 1.0 см кнутри от l.medieclavicularis sinistra | на 1 см кнутри от границ относительной сердечной тупости |

Сосудистый пучок во II м/р. не выходит за края грудины.

Аускультация: тоны сердца приглушены, соотношение тонов на верхушке и на основании не изменено.

3. Дыхательная система.

Осмотр: частота дыхания - 18 в минуту; Дыхание средней глубины, ритмичное. Тип дыхания - грудной, грудная клетка конической формы. Обе половины активно участвуют в акте дыхания.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, ригидна, голосовое дрожание не изменено и одинаково в симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия лёгких:

Нижние границы лёгких:

|  | **правое лёгкое** | **левое лёгкое** |
| --- | --- | --- |
| **l.parasternalis** | верхний край VI ребра | ‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑  |
| **l.medioclavicularis** | нижний край VI ребра | ‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑  |
| **l.axillaris ant.**  | VII ребро | VII ребро |
| **l.axillaris med.** | VIII ребро | IX ребро  |
| **l.axillaris post.** | IX ребро | IX ребро |
| **l.scapularis** | X ребро | X ребро |
| **l.paravertebralis** |  на уровне остистого отростка XI грудного позвонка  |

Высота стояния верхушек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Справа** | **слева** |
| **спереди** | 2.5 см выше ключицы  |
| **сзади**  | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Подвижность лёгочных краёв: по l.axillaris ant. справа - 7 см, слева - 7 см.

При СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ - ясный легочный звук.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет.

4. Пищеварительная система.

Осмотр: Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, грубых анатомических изменений нет, имеется след от проведённой аппендэктомии в 1991 году.

Пальпация:

а) Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, эластична, умеренно болезненна в эпигастральной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений.

б) Глубокая пальпация: − в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - 1.5 см в диаметре, мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит − в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - 2 см в диаметре, мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит − на уровне пупка пальпируется поперечно- ободочная кишка - 3 см в диаметре, плотная, подвижная, безболезненная, не урчит − печень - не выходит за край рёберной дуги. Размер печени по Курлову: 9 х 8 х 7 см. − селезёнка - не пальпируется.

Аускультация: перистальтика кишечника активная.

5. Мочеполовая система.

Осмотр поясничной области и области мочевого пузыря: поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено.

Пальпация почек: не пальпируются, безболезнены.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

 6. Нервно-психический статус.

Стабилен, сон плохой из-за редких ночных болей, рефлексы сохранены.

**VI. Предварительный клинический диагноз**

На основании жалоб (на сильные, кинжальные, схваткообразные боли в эпигастральной области (ночные); возникающую на высоте болей рвоту свежесъеденой пищей, приносящую облегчение, резкую потерю веса), данных anamnesis morbi (с 1993 года резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье, гастралгии, редкие тянущие боли по ночам; в результате проведенной ФГДС была впервые выявлена (со слов больной) язва луковицы двенадцатиперстной кишки d = 12 мм, обострение в 1997 года (ремиттирующее течение заболевания)), данных anamnesis vitae (сильный нервный стресс и эмоциональные переживания в 1997 году, связанные с мужем), данных status praesens (кожные покровы и видимые слизистые бледные, при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области) можно поставить диагноз: язвенная болезнь в фазе обострения, хр. язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Планируется проведение следующих исследований:

1/ Клинический анализ крови

2/ Биохимический анализ крови

3/ Общий анализ мочи

4/ Анализ кала (на яйца глистов и скрытую кровь)

5/ ЭКГ

6/ ФГДС

 7/ УЗИ органов брюшной полости и почек

 8/ Анализ крови на RW

 9/ Сцинтиграфия печени и селезенки

1. **Данные анализов и специальных**

**исследований**

Общий анализ крови от 20.08.2003 г.

СОЭ - 18 мм/час;

Цв. п. - 1,06;

*Leu* - 6,3 ⋅ 109/л;

*Er* - 4,56 ⋅ 1012/л;

ННв - 141 г/л;

Лимфоциты - 2,38 ⋅ 109/л;

Моноциты - 0,44 ⋅ 109/л;

Нейтрофилы - 3,4 ⋅ 109/л;

Эозинофилы - 0,15 ⋅ 109/л;

Базофилы - 0,07 ⋅ 109/л;

Биохимический анализ крови от 21.08.2003 г.

Общ. белок: 70,2 г/л;

альбумин: 40,7 г/л;

глобулины: 21,6 г/л;

креатинин: 90 ммоль/л;

холестерин общий: 6,2 ммоль/л;

билирубин общий: 8,9 мкмоль/л;

железо сывороточное: 11 ммоль/л;

АЛТ- 10 нмоль/(сл)

АСТ- 16 нмоль/(сл)

амилаза- 60 мкг/(сл)

щелочная фосфатаза- 90 нмоль/(сл)

глюкоза- 3,0 ммоль/л

тимоловая проба- 3,2

Кровь на реакцию Вассермана от 20.08.2003 г.

 Проба отрицательная.

Общий анализ мочи: от 20.08.2003 г.

цвет: светло-жёлтый;

прозрачность: прозрачная;

белок: отрицательный;

реакция: кислая;

сахар: отрицательный

удельный вес: 1,024;

эпителий: отсутствует;

слизь: нет;

ураты: нет;

оксалаты: нет.

ЭКГ: 20.08.2003

- Синусовая аритмия.

- Горизонтальное положение ЭОС

- Ритм синусовый

ФГДС (приёмный покой): 20.08.2003

Заключение: язва луковицы двенадцатипёрстной кишки, рубцовая деформация луковицы двенадцатипёрстной кишки.

Анализ кала: 20.08.2003 (на яйца гельминтов, скрытую кровь)

Яйца глистов не обнаружено.

Реакция на скрытую кровь положительная.

1. **Клинический диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб (на сильные, кинжальные боли в эпигастральной области (ночные); возникающую на высоте болей рвоту свежесъеденой пищей, приносящую облегчение. Резкую потерю веса, данных anamnesis morbi (с 1993 года резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье, гастралгии, редкие тянущие боли по ночам; в результате проведенной ФГДС была впервые выявлена (со слов больной) язва луковицы двенадцатиперстной кишки d = 12 мм, обострение в 1997 года (ремиттирующее течение заболевания)), данных anamnesis vitae (стресс в 1997г.), данных status praesens (кожные покровы и видимые слизистые бледные, при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области), данных инструментальных методов исследования (ФГДС от 20.08.03 - язва луковицы двенадцатипёрстной кишки, рубцовая деформация луковицы двенадцатипёрстной кишки) можно поставить окончательный диагноз : Язвенная болезнь, фаза обострения. Хроническкая язва луковицы двеннадцатиперстной кишки. Средней степени тяжести.

**IX.**  **Способы лечения данного заболевания**

 1) Диета – стол № 1 (пожизненный стол № 5).

 2) Антисекреторные препараты:

 а) Н2- блокаторы

 I поколение - Циметидин (таб. 200мг, по 1 таб. 3 раза в день за 30-40 мин до еды и 2 таб. на ночь) соблюдать принцип постепенной отмены, начиная с утренних доз. Препараты I поколения дают много осложнений.

 II поколение - Ранитидин, Зонтак, Рантол, Ранисан, Ульгастран

 Rp: Tab.Ranitidini 0,15 N 30

DS.По 1 таблетке 2 раза в день утром и вечером за 30-40 мин доеды или 2 таблетки на ночь

 III поколение - Фамотидин( Ульфамид)

 Rp: Tab.Ulfamidi 0,02 N 30

DS. По 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

 IV поколение - Мезотидин

 Rp: Tab. Mesotidini 0,02 N 30

 DS. По 1 таблетке 1 раз в день.

 б) Блокаторы протонной помпы - Омепразол (подавляет секрецию, но ниже физиологического уровня, при этом не влияет на базальную секрецию, является препаратом резерва).

 Rp: Tab. Omeprazoli 0,02 N 30

 DS.По 1 таблетке 1 раз в день.

3) Холинолитики - атропин, платифиллин (применяются для купирования болевого синдрома и одновременного снижения секреции)

 Rp: Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1ml

 D.t.d.N 6 in amp.

 S.Подкожно 1 мл (при болях).

4) Антидофаминовые препараты-Метаклопромид( Церукал), Платифиллин - для нормализации моторики.

 Rp: Tab.Platyphyllini hydrotartratis 0,005

 D.t.d.N 50.

 S.Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день до еды.

5) Антибактериальные средства (воздействие на этиологический фактор H.pylori) - Кларитромицин, Амоквициллин, Доксациклин, макролиды (Эритромицин)

 Rp: Caps. Ampioxi 0,25

 D.t.d.N 50

 S.Внутрь, по 2 капсулы 4 раза в день через каждые 6 часов.

 Трихопол - усиливает регенерацию слизистой и обладает антибактериальным действием

 Rp: Tab. Metronidazoli 0,25 N20

 DS.По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

6) Цитопротекторы - Де-нол (Пилоцид) , Вентер, Сукральфат

 Rp: Tab.”Venter” 0,5

 D.t.d.N 100

S. Принимать внутрь за 1 час до еды по 1 таблетке 3 раза в день и 1 таблетку на ночь.

7) Физиотерапевтическое лечение: лазеротерапия в/в, магнитотерапия (8 сеансов), иглорефлексотерапия (10 сеансов), электросон (3 сеанса), ГБО (13 сеансов)

 **X. Профилактика**

Рекомендуется диета: исключить из рациона острую, жаренную, соленую, жирную пищу, исключить алкоголь.

Показанно периодическое санаторно-курортное лечение.

Необходимо соблюдать режим дня: регулярное полноценное питание, сон не менее 8 часов в сутки, покой. Показанно избегать стрессов и эмоциональных перенапряжений.

Рекомендуются профилактические курсы ранитидина (по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3 месяцев в весенне-осенний период); раз в 6 месяцев консультация гастроэнтеролога (ФГДС, УЗИ).

**ХI. Дневник**

| **Дата** | **Текст дневника** | **Назначения** |
| --- | --- | --- |
| **1.09** | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 74 уд. / мин.  | Диета № 1а.Rp: Tab. Metronidosoli 0.25DS.По 2 таблетке 3 раза в день.#Rp: Tab. Oxacyllyni 0.25DS.По 1 таблетке 4 раз в день.#Rp: Tab. Ranitidini 0.15DS.По 1 таблетке утром и вечером.#Rp: Sol. Plasmoli 1.0DS. в/м 1 раз в день.#Rp.: Sol. Cerucali 1.0DS. в/м перед обедом.#Rp.: Tab. De-noliФизиотерапия (КВЧ). |
| **2.09** | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 105 и 75 мм.рт.ст., пульс 80 уд. / мин. |
| **3.09** | Жалобы на неинтенсивные, ноющие боли в левой подвздошной области ночью. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 90 и 60 мм.рт.ст., пульс 76 уд./ мин. |
| **4.09** | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 110 и 80 мм.рт.ст., пульс 80 уд. / мин. |
| **5.09** | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 105 и 80 мм.рт.ст., пульс 75 уд. / мин. |
|  | Жалобы на зубную боль. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 129 / 78 мм.рт.ст., пульс 77 уд. / мин. |
|  | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 134 / 79 мм.рт.ст., пульс 74 уд. / мин. |
|  | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 130 / 85 мм.рт.ст., пульс 73 уд. / мин. |
|  | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. АД - 127 / 85 мм.рт.ст., пульс 70 уд. / мин. |

**XII. Эпикриз**

Ф. И. О.: Лукьянова Ольга Николаевна

Возраст: 32

Поступила: 20 августа 2003г.

На момент поступления предъявляла жалобы на сильные, схваткообразные боли в эпигастральной области (ночные); возникающую на высоте болей рвоту свежесъеденой пищей, приносящую облегчение. Резкую потерю веса. Распирающие головные боли.

 Объективно - умеренная болезненность в эпигастральной области.

Были проведены исследования: 1) Клинич. анализ крови - без изменений, 2) БАК - без изменений, 3) Общий анализ мочи - без изменений, 4) ЭКГ – синусовая аритмия, 5) ФГДС - хр. язва ЛДПК с рубцовыми изменениями, 6) Анализ кала – скрытая кровь.

При обследовании установлен диагноз: Язвенная болезнь. Фаза обострения. Хр. язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

В стационаре проведена терапия: Де-нол, метронидозол, оксациллин, ранитидин, плазмол, церукал, физиотерапия (КВЧ).

 На фоне проводимой терапии наступили улучшения: жалобы исчезли, состояние нормализовалось. Необходимо проведение контрольной ФГДС.

Рекоменции:

1) Диета (исключить острую, соленую, жаренную,жирную пищу, исключить алкоголь)

2) Раз в 6 месяцев консультация у гастроэнтеролога (ФГДС, УЗИ)

3) Показанно периодическое санаторно-курортное лечение

4) Необходимо соблюдать режим дня: регулярное полноценное питание, сон не менее 8 часов в сутки, покой.

5) Показанно избегать стрессов и эмоциональных перенапряжений.

6) Рекомендуются проф. курсы ранитидина (по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3 месяцев в весенне-осенний период)