ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_

2. ВОЗРАСТ: 24 года

3. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: украинец

4. ДОМАШНИЙ АДРЕС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. МЕСТО РАБОТЫ: техник по наружной рекламе

6. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 23.01.04

7. ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: эрозивный дуоденит.

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Предъявляет жалобы на общую слабость, тупую боль средней интенсивности в эпигастрии, иррадиирующую в плечо, которая характеризуется периодичностью и стихает после приема небольшого количества пищи. Боли возникают натощак (голодные), ночью или через 1-2ч после еды (поздние). Также жалуется на чувство кислоты во рту, изжогу, возникающую через 1-2ч после еды.

#### ANAMNAESIS MORBI.

Больным себя считает с 2003 года, когда впервые появились боли в эпигастрии, которые появлялись через 1-2ч после еды, ночью, но после приема пищи уменьшались, однако до настоящего момента не обращал на болезнь внимания. На работе замерз и выпил спиртного, по дороге домой в метро появились острые боли в эпигастральной области. Была вызвана КСП, и больной был доставлен в хирургическое отделение КГБ №18, где после ФЭГДС была выявлена перфоративная язва. Произведено ушивание язвы и пилоропластика по Джадду, санация и дренирование брюшной полости. Течение п/о периода бледное, дренажи удалены на 3 сутки, зонды – на 5 сутки, после чего переведен на реабилитацию в гастроэнтерологическое отделение.

##### **ANAMNAESIS VITAE.**

Родился в 1979 году в срок. В физическом и психическом развитии не отставал. Ходить начал в срок, говорить вовремя. Школу начал посещать с 7 лет. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы удовлетворительные. Питание регулярное, 3 раза в день, количество пищи достаточное, качество удовлетворительное. Физкультурой и спортом не занимается. Туберкулез, вен. заболевания, болезнь Боткина отрицает. Вредных привычек нет. Питание 2 раза в день, не сбалансированное. Курит по 0.5 пачки в день, алкоголь употребляет в умеренных количествах.

Перенесенные заболевания: ОРВИ

Семейный анамнез: не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергался.

Привычные интоксикации: не отмечается

Аллергологический анамнез: аллергических проявлений нет.

Метеочувствительность и сезонность: обострения, каких либо заболеваний в зависимости от времен года не обнаружено

**РАСПРОС ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ.**

Общее состояние больного удовлетворительное, отеков нет

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Больной спокойный, сдержанный. Настроение хорошее, повышенной раздражительности нет. Взаимоотношения в семье хорошие. Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, непродолжительный, без сновидений. Дрожания конечностей не отмечается, судороги и нарушение походки не беспокоят.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кашель отсутствует. Кровохаркания нет. Боли в грудной клетке не беспокоят. Дыхание через нос свободное, носовые кровотечения отсутствуют. Голос обычный. Одышка не беспокоит.

### СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

### Сердцебиения, болей в области сердца, головных болей не отмечает.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Болей и жжения в языке нет, беспокоит сухость во рту. Аппетит снижен. Боязнь приема пищи отсутствует. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога и отрыжка есть. Тошнота и рвота отсутствуют. Тупые боли в эпигастрии и средней интенсивности, иррадиирущие в плечо. Возникают через 1-2ч после еды. Метеоризма нет. Стул регулярный, самостоятельный, раз в сутки. Нарушений стула (запоры, поносы) нет. Ложные болезненные позывы на стул не беспокоят. Испражнения плотные, с обычным запахом, без примесей слизи, крови, гноя, остатков непереваренной пищи. Жжение, зуд, боли в области заднего прохода отсутствуют. Кровотечений из прямой кишки нет.

#### СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание учащенное, свободное, не сопровождается резями, жжением, болью. Преобладает дневной диурез. Цвет мочи светло-желтый, прозрачный. Непроизвольного мочеиспускания нет. За сутки выделяется около 1,5 литра мочи. Симптом Пастернацкого отрицательный.

### ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Боли в костях, мышцах и суставах отсутствуют. Припухлости и деформации суставов нет, покраснения кожи в области суставов не отмечает. Ограничение движений в суставах не беспокоит.

#### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Нарушения роста и телосложения отсутствует. Нарушения веса нет и изменений кожи нет. Изменения первичных и вторичных половых признаков отсутствуют. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Ухудшение зрения не отмечает. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены.

#### STATUS PRАESENS.

#### ОБЩИЙ ОСМОТР.

Рост – 178 см, вес – 76 кг. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостеник. Питание больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие, тургор снижен, депигментации нет. Ногти, волосы не изменены. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больного, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет. Щитовидная железа не пальпируется.

### ОСМОТР ГОЛОВЫ.

Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Надбровные дуги слабо выражены. Оволосение по мужскому типу, выпадение волос нет. Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Слезотечение, конвергенция отсутствует. Нос не деформирован. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется.

# ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

# ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

*статический:* Грудная клетка нормостеническая, симметричная, искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер обычный.

*динамический:* Тип дыхания грудной. Дыхание поверхностное, ритмичное, частота дыхания 20/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

# ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

Грудная клетка резистентна, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Усиления голосового дрожания нет.

#### ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*сравнительная перкуссия:* Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

### *топографическая перкуссия:*

### *Нижняя граница правого легкого определяется по правой*

|  |  |
| --- | --- |
| Окологрудинной линии | VI межреберье; |
| по правой среднеключичной | VII межреберье; |
| **по средней подмышечной** | **IX ребро;** |
| **по задней подмышечной** | **X ребро;** |
| **по правой лопаточной** | **XI ребро;** |
| **по околопозвоночной** | **остистый отросток ТXI** |

### *Нижняя граница левого легкого определяется по левой*

|  |  |
| --- | --- |
| **по средней подмышечной** | **IX ребро;** |
| **по задней подмышечной** | **X ребро;** |
| **по левой лопаточной** | **XI ребро;** |
| **по околопозвоночной** | **остистый отросток ТXI** |

*Высота стояния верхушек легких:*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Спереди*** | **4,5 см выше ключицы** |
| ***Сзади*** | **proc. stiloideus СVII** |

*Ширина полей Кренига:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Справа** | **6 см** |
| **Слева** | **6,5 см** |
| ***Подвижность нижнего края легкого* по средней подмышечной составляет** | **4 см.** |

### АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ.

Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипов, крепитации нет. Усиления бронхофонии нет.

# ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

# *ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА:*

# Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

## ПАЛЬПАЦИЯ:

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии на площади около 1,5 кв. см. Верхушечный толчок, резистентный, высокий, разлитой, усиленный. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует.

## ПЕРКУСИЯ:

1.Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Правая*** | **По правому краю грудины в IV м/р** |
| ***Верхняя*** | **В III межреберье** |
| ***Левая*** | **На 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V м/р** |

2. Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Правая*** | **По левому краю грудины в IV м/р** |
| ***Верхняя*** | **В IV межреберье** |
| ***Левая*** | **В V м/р на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.** |

## АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны сердца ритмичные. Выслушивается два тона, две паузы. Частота сердечных сокращений 96 уд/мин. В I и IV точках аускультации отчетливей выслушивается I тон. По характеру первый тон более продолжительный и низкий. Во II, III, V точках аускультации отчетливей выслушивается II тон, более высокий и короткий.

### ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Пульсации сонных артерий нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный.

### ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 96 уд/мин., частый, полный, напряженный, большой, быстрый, регулярный. Дефицит пульса - 2. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 125/80.

# ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

# *ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.*

Слизистая оболочка полости рта и глотки бледно-розовая, чистая, суховатая. Язык влажный со светлым налетом, вкусовые сосочки хорошо выражены. Углы губ без трещин. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого.

## ОСМОТР ЖИВОТА.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. Видна пульсация брюшной аорты.

### ПОВЕРХНОСТНАЯ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА.

При пальпации мышцы передней брюшной стенки напряжены, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

### ГЛУБОКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит. Определяется после нахождения большой кривизны желудка. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Большая кривизна желудка определяется на 4 см выше пупка в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра эластичной консистенции, диаметром около 2 см., безболезнен, не урчит, малоподвижен. Поджелудочная железа не пальпируется.

### *ПЕРКУСИЯ ЖИВОТА:*

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется.

### *АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА:*

Шум трения брюшины не определяется. Выявляются звуки перистальтики кишечника в виде урчания.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.

*ОСМОТР:* Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

*ПАЛЬПАЦИЯ:* Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции. Выступает из-под края реберной дуги, безболезненен.

ПЕРКУСИЯ: Верхняя граница определяется по:

|  |  |
| --- | --- |
| **Правой окологрудинной** | **VI м/р** |
| **Среднеключичной** | **VI м/р** |
| **Передней подмышечной линии на уровне** | **VI ребра.** |

Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 4 см выше пупка. Размеры печени 11х9х8 см.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячиваний и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется.

#### *ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Длинник** | **6 см;** |
| **Поперечник** | **4 см.** |

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости. Аускультативно шумы над почечными артериями отсутствуют.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Сознание ясное, интеллект нормальный. Память не снижена. Сон не глубокий. Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судорог и параличей не обнаружено. Взаимоотношения на работе и дома нормальные. Считает себя общительным человеком.

### ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни, не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Обоняние, осязание, слух и вкус не нарушены. Ухудшения зрения нет.

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Клинический анализ крови
2. Общий анализ мочи.
3. Копрограмма
4. Фракционное исследование желудочного содержимого.
5. Биохимическое исследование крови
6. ЭКГ
7. ФЭГДС с прицельной биопсией.
8. Дыхательный тест
9. УЗИ органов брюшной полости.

***ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ***

**1. Клинический анализ крови. 24.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
| Нв - 162 г/л | **П/ядерные – 4** |
| **Эритроциты 4.2\*10\*12/л** | **С/ядерные – 40** |
| **Лейкоциты-6.1\*10\*9/л** | **Эозинофилы – 2** |
| **СОЭ - 5 мм** | **Лимфоциты – 50** |
| **ЦП – 0.86** | **Моноциты - 4** |

**2. Общий анализ мочи 24.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
| **Цвет светло-желтый, прозрачный** | **Лейкоциты 1-2 в п/з** |
| **Относительная плотность 1.015** | **Плоский эпителий 1-2 в п/з** |
| **Кол-во – 100 мл** | **Оксалаты – мало** |
| **рН – слабо кислая** | **Белок – нет** |
| **Глюкоза – нет** | **Кетоновые тела - нет** |

**3. Биохимический анализ крови 25.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
| Белок – 75 г/л | **Холестерин 3.8 ммоль/л** |
| **Щелочная фосфатаза – 0.63 ммоль/л** | **Мочевина 6.0 ммоль/л** |
| **Креатинин 50 мкмоль/л** | **Билирубин общий 10.4 мкмоль/л** |
| **Билирубин прямой 1.63 мкмоль/л** | **АСТ 0.7 ммоль/л** |
| **Тимоловая проба 5.4** | **АЛТ 1.28 ммоль/л** |
| **Глюкоза 5.3 ммоль/л** | **Диастаза 25 г/л** |

**4. Фракционное исследование желудочного содержимого 27.01.04**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № порции | Кол-во, мл | Слизь | Общая кисл-ть | Свобод. кисл-ть |
| натощак | 45.0 | + | 42 | 20 |
| 1 | 28.0 | + | 14 | 0 |
| 2 | 25.0 | + | 20 | 0 |
| 3 | 6.0 | + | 20 | 0 |
| 4 | 36.0 | + | 20 | 4 |

После введения в/м 1.0 димедрола и 0.7 гистамина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № порции | Кол-во, мл | Слизь | Общая кисл-ть | Свобод. кисл-ть |
| 1 | 20.0 | + | 26 | 6 |
| 2 | 70.0 | + | 88 | 68 |
| 3 | 41.0 | + | 96 | 76 |
| 4 | 80.0 | + | 100 | 80 |

Дебет час HCl за 1 час – 6.9 мкмоль/г, за 2 час – 63 мкмоль/г.

**5. ЭКГ 24.01.04**

Ритм синусовый. ЧСС - 96 уд/мин. Без патологий.

**6. ФЭГДС с прицельной биопсией**

Доброкачественная Нр-позитивная язва диаметром 0.5 см передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки.

**7. Дыхательный тест 25.01.04** – Нр-позитивный

**8. УЗИ органов брюшной полости 25.01.04**

Печень не увеличена, однородна. Желчный пузырь с плотной стенкой без конкрементов. Почки, селезенка, ПЖ, без структурных изменений.

**9. Копрограмма 25.01.04**

Кал светло-коричневого цвета, мягкой консистенции, без видимых примесей. рН - щелочная. Мышечные волокна – неизмененные, в небольшом кол-ве. Жирные к-ты, крахмал, переваренная клетчатка, соед. ткань, билирубин, стеркобилин – в небольшом кол-ве. Нейтральный жир, слизь, оксалаты – отсутствуют. Заключение: синдром гастрогенной диспепсии.

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

На основании жалоб (общая слабость, тупая боль средней интенсивности в эпигастрии, иррдиирующая в плечо, которая характеризуется периодичностью и стихает после приема небольшого количества пищи. Боли возникают натощак (голодные), ночью или через 1-2ч после еды (поздние); чувство кислоты во рту, изжога, возникающая через 1-2ч после еды), анамнеза жизни и болезни, результатов объективного исследования, данных лабораторных исследований (по клиническому анализу крови - наличие лимфоцитоза (50%); повышение уровня АЛТ (1.28 ммоль/л) и АСТ (0.7 ммоль/л) - по биохимическому анализу крови; доброкачественная Нр-позитивная язва передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки при ФЭГДС, позитивный дыхательный тест, синдром гастрогенной диспепсии – по копрограмме; повышенное содержание свободной HCl и увеличенный дебет HCl – при фракционном исследовании) можно поставить диагноз: язвенная болезнь передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки, осложненная перфорацией и фиброзным перитонитом.

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.***

При обследовании данного больного общеклиническими методами были выявлены следующие симптомы:

жалобы на общую слабость, тупую боль средней интенсивности в эпигастрии, иррадиирующую в плечо, которая характеризуется периодичностью и стихает после приема небольшого количества пищи. Боли возникают натощак (голодные), ночью или через 1-2ч после еды (поздние). Также жалуется на чувство кислоты во рту, изжогу, возникающую через 1-2ч после еды.

Заболевание у больного началось в 2003 г, когда впервые появились боли в эпигастрии, которые появлялись через 1-2ч после еды, ночью, но после приема пищи уменьшались.

ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

При поверхностной пальпации живота - мышцы передней брюшной стенки напряжены.

ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ:

было выявлено по клиническому анализу крови наличие лимфоцитоза (50%); повышение уровня АЛТ(1.28 ммоль/л) и АСТ(0.7 ммоль/л), по биохимическому анализу крови; доброкачественная Нр-позитивная язва передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки при ФЭГДС; позитивный дыхательный тест; синдром гастрогенной диспепсии – по копрограмме; повышенное содержание свободной HCl и увеличенный дебет HCl – при фракционном исследовании.

Эти данные подтверждают, что у больного имеется язвенная болезнь передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки. Кроме того, имеются осложнения: перфорация, фиброзный перитонит.

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

Язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки необходимо дифференцировать от:

1. Хронического гастрита, который также сопровождается болевым синдромом, который чаще всего возникает после приёма пищи. У таких больных наблюдается тошнота, рвота, изжога и отрыжка. Но, в отличие от ЯБ, для гастрита характерен симптом «быстрого насыщения пищей». Нестойкие испражнения и поносы также более характерны для гастритов, а не для ЯБ, для которой характерны задержки, запоры на 4-5 дней.
2. Рака желудка, который имеет характерные клинические симптомы: отсутствие аппетита, похудение, быстрая утомляемость, депрессия, замкнутость, апатия. Рентгенологически определяется «дефект наполнения», связанный с экзофитным ростом опухоли и деформацией стенок органа. Окончательный диагноз ставится после ФЭГДС с прицельной биопсией и микроскопии биоптата.
3. Острого холецистита, который, в отличие от ЯБ, характеризуется болями в правом подреберье, обычно не иррадиирующими, не связанными с приёмом пищи, не имеющими четкой периодичности, не уменьшающимися при приеме NaHCO3, молока. Также ОХ характеризуется в большинстве случаев гипербилирубинемией, нейтрофилёзом, микрогематурией, микроальбуминурией, а также положительными симптомами Ортнера, Мерфи и Кера.
4. Острого панкреатита, который характеризуется необычайно сильными болями в эпигастрии, носящими опоясывающий характер и иррадиируют в область поясницы, левую половину грудной клетки, в спину, с возможным развитием коллаптоидного и шокового состояния. Окраска кожи и слизистых бледная с цианотичным оттенком. Характерны следующие симптомы: Калена, Мондора, Хальстеда, Грея Тернера, Грюнвальда, Керте, Кача; по мере стихания болевого синдрома и исчезновения дефанса появляются боли в точках Дежардена, Мейо-Робсона, симптомы Шоффара, Грота. Язык обложен, живот вздут, тошнота и рвота, не приносящие облегчения, стул учащен или задержан. При исследовании мочи и крови определяется высокий уровень диастазы.

***КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ***

На основании жалоб (общая слабость, тупая боль средней интенсивности в эпигастрии, иррадиирующая в плечо, которая характеризуется периодичностью и стихает после приема небольшого количества пищи, возникает натощак (голодная), ночью или через 1-2ч после еды (поздняя); чувство кислоты во рту, изжога, возникающая через 1-2ч после еды), анамнеза жизни и болезни, результатов объективного исследования (при поверхностной пальпации живота - мышцы передней брюшной стенки напряжены), данных лабораторных исследований (по клиническому анализу крови - наличие лимфоцитоза (50%); повышение уровня АЛТ (1.28 ммоль/л) и АСТ (0.7 ммоль/л) - по биохимическому анализу крови; доброкачественная Нр-позитивная язва передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки при ФЭГДС, позитивный дыхательный тест, синдром гастрогенной диспепсии – по копрограмме; повышенное содержание свободной HCl и увеличенный дебет HCl – при фракционном исследовании), данных дифференциального диагноза можно поставить диагноз: язвенная болезнь передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки, осложненная перфорацией и фиброзным перитонитом.

***ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ***

Язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Среди факторов выделяют экзогенные: алиментарные, вредные привычки, нервно-психические перенапряжения, производственные, способ жизни, медикаментозные; а также эндогенные: генетическая предрасположенность, хронический Нр-гастрит и метаплазия желудочного эпителия в ДПК, гиперпродукция HCl и пепсина, нарушение моторики, возраст и пол. На основе данных биопсии и дыхательного теста, а также данных анамнеза, среди этиологических факторов необходимо в первую очередь выделить Нр-инфекцию, употребление алкоголя и алиментарные нарушения, не исключая и другие. В патогенезе болезни, скорее всего ведущим механизмом является образование язвы из антрального гастрита, ассоциированного с H. pylori.

***ЛЕЧЕНИЕ***

При впервые выявленной ЯБ показано стационарное лечение. Лечение комплексное, направленное на исключение повреждающих факторов, нормализацию основных функций желудка и ДПК, повышение защитных свойств организма, усиление репаративных процессов в слизистой оболочке ЖКТ; включает в себя устранение раздражителей, рациональный режим, лечебное питание, медикаментозное лечение, физиотерапия, ЛФК, санатарно-курортное лечение.

1. Режим - палатный

2. Диета №4

3. Гастро-норм 1 таб 4 р/день

4. Викалин 1 таб 4 р/день через 40 мин после еды (вяжущее средство)

5. Омепразол 1 таб 2 р/день (блокатор протонной помпы)

6. Отвар семени льна по 100мл 3 р/день

***ДНЕВНИК***

**2.02.04** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, общая слабость, аппетит нормальный, кожа сухая, нормального цвета, дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин, хрипов нет, тоны сердца ритмичны, шумов нет, АТ 125/80, Ps 96 уд/мин, t 36.6\*С., язык влажный, не обложен, живот мягкий, болезнен при пальпации в пилородуоденальной области в области операционной раны, стул нормальный. Назначения: режим палатный, диета №4, гастро-норм 1 таб 4 р/день, викалин 1 таб 4 р/день через 40 мин после еды, омепразол 1 таб 2 р/день, отвар семени льна 3 р/день по 100мл.

**10.02.04** Состояние больного улучшилось, сознание ясное, аппетит нормальный, кожа сухая, нормального цвета, дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин, хрипов нет, тоны сердца ритмичны, шумов нет, АТ 120/80, Ps 90 уд/мин, t 36.7\*С, язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезнен при пальпации, стул нормальный. Назначения: режим палатный, диета №4, гастро-норм 1 таб 4 р/день, викалин 1 таб 4 р/день через 40 мин после еды, омепразол 1 таб 2 р/день, отвар семени льна 3 р/день по 100мл.

***ПРОГНОЗ***

Прогноз для здоровья благоприятный, при условии соблюдения назначений. При правильном лечении и соблюдении диеты возможна ремиссия – рубцевание язвы. Прогноз для работы – имеет место ограничение трудоспособности: не желательна работа с нарушением режима питания и психоэмоциональным перенапряжением.

***ЭПИКРИЗ***

Больной Горбатюк П.П. поступил в стационар 23.01.04, выписан 11.02.04 , время пребывания в клинике – 18 дней. При поступлении предъявлял жалобы на острую боль в эпигастрии, иррадиирующую в плечо, чувство кислоты во рту, изжогу. При курации предъявлял жалобы на общую слабость, тупую боль средней интенсивности в эпигастрии, иррадиирующую в плечо, которая характеризуется периодичностью и стихает после приема небольшого количества пищи. Боли возникают натощак (голодные), ночью или через 1-2ч после еды (поздние). Также жалуется на чувство кислоты во рту, изжогу, возникающую через 1-2ч после еды.

При обследовании выявлено: ФЭГДС – перфорированная доброкачественная Нр-позитивная язва передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки, копрограмма - синдром гастрогенной диспепсии, дыхательный тест – позитивный, фракционное исследование - повышенное содержание свободной HCl и увеличенный дебет HCl, поверхностная пальпация живота - напряжение мышц передней брюшной стенки. Поставлен диагноз: язвенная болезнь передней стенки желудка и луковицы 12-перстной кишки, осложненная перфорацией и фиброзным перитонитом. Произведено ушивание язвы и пилоропластика по Джадду, санация и дренирование брюшной полости. Течение п/о периода бледное, дренажи удалены на 3 сутки, зонды – на 5 сутки, после чего переведен на реабилитацию в гастроэнтерологическое отделение. В результате проведенного лечения (режим палатный, диета №4, гастро-норм, викалин, омепразол, отвар семени льна) удалось добиться ремиссии патологического процесса и улучшения состояния больного. Трудоспособность восстановлена условно (при условии придерживания диеты, режима питания и назначенного лечения: отвар овса 3 р/день во время еды, ранитидин 1 таб перед сном). Больному рекомендовано пройти через 4 недели ФЭГДС с целью верификации ремиссии процесса, а также пройти курс физиотерапевтических процедур, санаторно-курортное лечение

Больной выписан из стационара под контроль участкового гастроэнтерололога.

Ё.Т.М.