ГОУ ВПО МЗ РФ Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной и поликлинической терапии

Зав. кафедрой: профессор Лычев В.Г.

Преподаватель: Белова И.И.

Куратор: студ.625 гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Клиническая история болезни

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: Язвенная болезнь ДПК, обострение. Впервые выявленная язва задней стенки луковицы ДПК 0,5 см в диаметре. Хронический гастрит, диспепсический синдром, обострение.

Барнаул,2007

**Паспортная часть**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место жительства: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления: 03.04.08.

Клинический диагноз: Язвенная болезнь ДПК, обострение. Впервые выявленная язва задней стенки луковицы ДПК 0,5 см в диаметре. Хронический гастрит, диспепсический синдром, обострение.

Жалобы.

На боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, отрыжку воздухом, тошноту.

**Аnamnesis morbi**

Эпизодические боли в эпигастрии беспокоят в течение 6 месяцев. Принимал альмагель, гастал. С конца февраля боли стали носить интенсивный характер, беспокоили ежедневно. 13 февраля была проведена ФГДС – язва двенадцатиперстной кишки. По назначению врача принимал омепразол,альмагель.

13 марта контрольная ФГДС – язвенный дефект сохраняется, хотя болевой синдром уменьшился. Направлен для дальнейшего лечения и обследования в ГБ №12.

**Аnamnesis vitae**

Рос и развивался в нормальных бытовых и социальных условиях. От ровесников физически и умственно не отставал. Закончил среднюю школу, сейчас работает кузнецом в ОАО Барнаульский кузнечно-прессовый завод. Туберкулез,вирусный гепатит ,венерические заболевания отрицает .Операций не было. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. Алкоголем не злоупотребляет. Курит с 18 лет по 10 сигарет в день. Наследственный анамнез не отягощен.

**Status praesens communis**

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, во времени, личности и в пространстве ориентирован. Кожные покровы и видимые слизистые чистые бледно-розового цвета, тургор и эластичность сохранены t=36.6 С. Подкожно –жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфоузлы не увеличены , безболезненны, нормальной консистенции ,не спаяны.Телосложение правильное , конституция астеническая. Рост 172 см, вес 64кг.

Мышцы умеренно развиты, нормального тонуса, безболезненны при пальпации. Патологических уплотнений не определяется.

Деформации костей нет. Болезненности при пальпации поясничного отдела позвоночника не отмечается. Конфигурация суставов правильная, припухлости и покраснений нет, при пальпации безболезненны.

Грудная клетка развита правильно, симметричная, подвижность не ограничена. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ритм правильный, тип дыхания брюшной. ЧД = 18 в минуту .

Пальпация по ходу межреберных мышц, нервов, ребер , грудины безболезненная .

Сравнительная перкуссия грудной клетки определяется в 9 парных точках:

1 пара (2 межреберье по среднеключичной линии)- ясный легочной звук,

2 пара (над ключицами) – ясный легочной звук ,

3 пара (под ключицами )- ясный легочной звук ,

4 пара ( 3 межреберье по средней подмышечной линии справа и слева)- ясный легочной звук,

5 пара ( 5 межреберье по средней подмышечной линии справа и слева )-ясный легочной звук,

6 пара ( над лопатками справа и слева)- ясный легочной звук,

7 пара ( межлопаточное пространство на уровне верхнего угла лопатки сперва и слева )- ясный легочной звук,

8 пара ( межлопаточное пространство на уровне нижнего угла лопатки справа и слева ) –ясный легочной звук ,

9 пара (под нижним углом лопатки справа и слева) – ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек | 3 см | 3 см |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5 см |

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | справа | слева |
| Linea parasternalis  Linea mediaclavicularis  Linea axillaris anterior  Linea axillaris media  Linea axillaris posterior  Linea scapularis  Linea paravertebralis | 5  6  7  8  9  10  11 | -  -  7  8  9  10  11 |

Подвижность нижнего легочного края

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Справа | | | Слева | | |
| вдох | выдох | сумма | вдох | выдох | сумма |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Среднеаксиллярная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |

Сердечнососудистая система. Сердечный горб отсутствует, ограниченные выпячивания грудной клетки в других участках сердечной области отсутствуют. Верхушечный и сердечный толчки визуально не определяются. ,,Пляска каротид“, пульсация шейных вен в яремной ямке , эпигастральная пульсация, пульс Квинке не определяются.

Пальпаторно верхушечный толчок располагается на 1 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье , шириной 2 см , высокий , усиленный.Симптом ,,кошачьего мурлыканья “ не определяется . Пульс на обеих руках синхронный , ЧСС=78 уд в мин., ритмичный ,полный . Дефицит пульса не определяется .АД=140/80

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы сердца | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины 4 межреберье | По левому краю грудины в  4 м/р |
| Левая | По левой среднеключичной линии в 5 м/р | На 0.5 см кнутри от левой границы относительной тупости |
| Верхняя | 3 м/р | 4 м/р по левой парастернальной линии. |

Ширина сосудистого пучка ( во 2 межреберье )3 см.При аускультации тоны сердца приглушены .

Органы пищеварения. Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Десны не разрыхлены, мягкое и твердое небо без патологии. Зев и миндалины без налета и гнойных пробок .Акт глотания не нарушен.

Цвет живота нормальной окраски, живот округлой формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Температура и влажность кожи на симметричных участках одинаковы.Перистальтические и антиперистальтические волны не обнаружены. Подкожные венозные анастомозы не развиты. Окружность живота на уровне пупка 62 см. При пальпации живот умеренно болезненный в эпигастральной области, мягкий. Подкожно - жировая клетчатка равномерно распределена, одинаково собирается в складку, очагов уплотнения не обнаружено. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. Грыжевого выпячивания по белой линии живота не обнаружено.Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка: диаметром 2,5 см, в виде эластичного тяжа, безболезненна, умеренно подвижна, не спаяна с окружающими тканями, не урчащая. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка; диаметром 3,0 см, в виде эластического тяжа, безболезненна, умеренно подвижна, не спаяна с окружающими тканями, не урчащая. Восходящий отдел толстой кишки пальпируется в правой боковой области, диаметром 3 см, умеренно подвижная, безболезненная, в виде эластического тяжа, не спаяна с окружающими тканями, не урчащая. Нисходящий отдел толстого кишечника пальпируется в левой боковой области, диаметром 3 см, в виде эластического тяжа, безболезненный, подвижный, не спаян с окружающими тканями, не урчащий. Нижняя граница желудка: находится на 5 см ниже мечевидного отростка. Поперечно - ободочная кишка: пальпируется на 3 см ниже большой кривизны желудка, диаметром 3,5 см, в виде эластического тяжа, безболезненна, не спаяна с окружающими тканями, не урчащая. Печень при пальпации имеет гладкую поверхность, плотную консистенцию, край ровный, закруглён, безболезненный, выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Желчный пузырь и селезёнка не пальпируются. Границы печени по Курлову 9\*8\*7 см. Размер селезёнки по Курлову 6\*8 см.

Органы мочевыделения. При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отечности кожи, выпячивания в надлобковой области не наблюдается Почки в положении стоя по Боткину , в горизонтальном , на правом и левом боку не пальпируются . Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Диурез в норме.

Нервная и эндокринная системы. Координация движений не нарушена. Зрачковые рефлексы сохранены. Тремор рук, век, языка отсутствует. Щитовидная железа мягко-эластичной консистенции, не увеличена. Увеличения размеров языка,носа, челюстей , ушных раковин, кистей , стоп не обнаружено.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб на боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, отрыжку воздухом, тошноту. На основании аnamnesis morbi -эпизодические боли в эпигастрии беспокоят в течение 6 месяцев. Принимал альмагель, гастал. С конца февраля боли стали носить интенсивный характер, беспокоили ежедневно. 13 февраля была проведена ФГДС – язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки 0,5 см в диаметре. По назначению врача принимал омепразол, альмагель.13 марта была проведена контрольная ФГДС – язвенный дефект сохраняется, хотя болевой синдром уменьшился. При объективном осмотре выявлена умеренная болезненность в эпигастральной области. На основании всего вышеперечисленного можно выставить предварительный диагноз: Язвенная болезнь ДПК, обострение. Впервые выявленная язва задней стенки луковицы ДПК 0,5 см в диаметре. Хронический гастрит, диспепсический синдром, обострение.

**План ведения**

1.Лабораторные методы исследования.

-общий анализ крови

-общий анализ мочи

-биохимический анализ крови

-кровь на RW

-глюкоза крови

-анализ кала на скрытую кровь

-анализ кала на яйца глистов

2.Инструментальные исследования: ЭКГ, ФГДС.

Результаты дополнительных методов обследования.

1.Общий анализ крови: Нв -146 г/ л , СОЭ -16 мм /ч , лейкоциты -5.1\*10^9/ л , с /я-47, п/я -о, L-51, м-3, э-1.

2.Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый , прозрачная, плотность 1018, белок отриц., лейкоциты 1-2 в поле зрения , эпителий 4 в поле зрения.

3. Биохимический анализ крови:

Билирубин общий-12,0 мкмоль/л

Билирубин прямой 2,4 мкмоль/л

Билирубин не прямой 9,6 мкмоль/л

4.Глюкоза крови 4.3 ммоль\л

5.Анализ кала на скрытую кровь – отрицательно.

6.Анализ кала на яйца глистов - отрицательно.

7.ЭКГ: Синусовая аритмия. ЧСС=62-80 уд в мин. ЭОС вертикальная. Усиление электрической активности сердца.

8.ФГДС от 13.03.08.: Слизистая ДПК отечна,гиперемирована ,на задней стенке язва 0.5 см в диаметре, дно покрыто фибрином. Закл: Смешанный гастрит, язва луковицы ДПК.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику проводят между язвами различной локализации, а также между язвенной болезнью (пептическими язвами) и симптоматическими язвами (табл.1,2) а также с холециститом и панкреатитом.

Табл.1

Дифференциальная диагностика желудочных и дуоденальных язв

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Дуоденальные язвы | Желудочные язвы |
| Возраст  Пол  Боль  Рвота  Аппетит  Эндоскопия  Биопсия | До 40 лет  Преобладают мужчины  Ночные, голодные  Не характерна  Нормальный, повышен или страх перед едой  Только для подтверждения диагноза  Не нужна или проводится с целью выявления НР | Старше 40 лет  Оба  Сразу после еды  Часто  Может быть снижен  Исключают рак и повторяют после 5-6 нед лечения  Множественная биопсия, щеточная цитология и гистология |

Табл.2

Дифференциальная диагностика между пептической язвой и НПВС-индуцированной.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | НПВС-индуцированная | Пептическая язва |
| Этиология  Локализация  Патогенез  Симптоматика  Возраст  Эндоскопические  признаки | Повреждающее действие НПВС на слизистую желудка  Преобладают поражения желудка и тонкой кишки  Снижение местных защитных свойств  Чаще асимптоматические  Чаще пожилой  Одно или более повреждений | НР или мультифакторная  В основном, ДПК  Дисбаланс защитных и агрессивных факторов СО  Боль, диспепсии  Молодой, средний  Единичный дефект |

Диагностическое значение имеет выявление скрытой крови в кале и ретикулоцитоза периферической крови, подтверждающее существование кровоточащей язвы. ФГДС является самым надежным методом, позволяющим, подтвердить или отвергнуть диагноз ЯБ. Эндоскопическое исследование позволяет выявить язвенный дефект, обеспечить контроль за его рубцеванием, а цитологическое или гистологическое изучение материала, полученного прицельной биопсией,надежно гарантирует точность диагноза. .В фазе обострения язва чаще округлая, края высокие, четко очерченные, склоны язвенного кратера обрывистые. Вблизи доброкачественной язвы СО отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика.

Обязательным исслеованием для больных ЯБ является определение НР в биоптате из антрального отдела и тела желудка, а иногда из ДПК.

Для хронического бескаменного холецистита характерна боль, локализующаяся в правом подреберье или в подложечной области. Характерно возникновение или усиление боли после приема жирных и жареных блюд, вина, пива, острых закусок.

Боли могут сопровождаться тошнотой, отрыжкой, вздутием живота, повышением температуры тела. Типичный пальпаторный симтом-болезненность в области желчного пузыря. При остром панкреатитеотмечаются постоянные опоясывающие боли и боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, повышение температуры, тахикардия, артериальная гипотензия, олигурия. Положительные симптомы Мейо- Робсона , Щеткина-Блюмберга, Воскресенского.В анализе крови выявляется повышенное содержание L-амилазы.

**Лечение**

1 .Ингибиторы протонного насоса

Омепразол 20 мг по 2 р. в день до еды

2.Средства, оказывающие защитное действие на слизистую оболочку желудка и кишечника

Де-Нол 240 мг по 2 р. в день за 30 мин до еды или 2 ч после еды

Прогноз

Для жизни и выздоровления, работы благоприятный при соблюдении рекомендаций.

Рекомендации.

Диета №1(1а, 1б) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические признаки заболевания ( например, острые приправы, маринованные и копченые продукты). Питание дробное 5-6 раз в сутки. Исключение курения.

Санаторно- курортное лечение ( Железноводск, Ессентуки, Пятигорск, Боржоми) .

Профилактика.

Правильное питание 5-6 раз в день малыми порциями, употребление пищи, приготовленной на пару, в вареном виде. Прекращение курения. Употребление алкоголя должно быть уменьшено.

**Список использованной литературы**

1.Российский терапевтический справочник / под ред.А.Г.Чучалина.-М.:ГЭОТАР-Медиа ,2007.

2.Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов. -3 изд., перераб. и доп..-М.: МИА,2004.

3.Внутренние болезни в вопросах и ответах:Учебное пособие для медицинских вузов/Под ред. Ю.Р. Ковалева .- Спб:ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004.