АГМУ

**Кафедра факультетской терапии.**

Зав. кафедрой: профессор Трубников Г.В.

Преподаватель: ассистент Клестер Е.Б.

Куратор: Терентьев А.Н. 420 гр.

КУРАЦИОННЫЙ ЛИСТ № 2.

Больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

*Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хроническая рецидивирующая язва антрального отдела желудка, средняя (1,0 х 0,9 см), фаза неполного рубцевания. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза рубца. Рубцово-воспалительная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь II степени. Недостаточность функции кардии. Хронический эзофагит с эрозиями в нижней трети пищевода. Хронический смешанный (поверхностный и атрофический) гастрит в фазе выраженной активности. Хронический бульбит, фаза субремиссии. Хронический геморрой в стадии компенсации.*

Барнаул 2003.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_

ВОЗРАСТ: 52 года.

ГОД РОЖДЕНИЯ: 1951 г., 30 мая.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: женат, 3-е детей.

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: с. Красногорское, Красногорского р-на.

ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 13.03.03.

ВРЕМЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО: 17.03.03.

МЕСТО РАБОТЫ: электрик.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хроническая рецидивирующая язва антрального отдела желудка, средняя (1,0 х 0,9 см), фаза неполного рубцевания. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза рубца. Рубцово-воспалительная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь II степени. Недостаточность функции кардии. Хронический эзофагит с эрозиями в нижней трети пищевода. Хронический смешанный (поверхностный и атрофический) гастрит в фазе выраженной активности. Хронический бульбит, фаза субремиссии. Хронический геморрой в стадии компенсации.*

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ**

***ГЛАВНЫЕ:*** на сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы.

***ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ***: слабость, недомогание, повышенная утомляемость, потливость, понижение работоспособности, подавленное настроение.

**ANAMNAESIS MORBI**

Считает себя больным с весны 1997 года, когда появились ноющие боли в эпигастральной области; чувство тяжести, возникающее после приема пищи и сопровождающееся тошнотой. Обратилась в районную поликлинику, где, на основании проведённой ФГС (со слов больного), был поставлен диагноз: «Хронический гастрит, обострение». Назначена терапия: церукал, но-шпа, метацин, диетотерапия. На фоне терапии наступило улучшение состояния.

В июле 1998 года внезапно появились резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье, иррадиирующие в область сердца; слабость. Поступил в Красногорскую районную больницу по СМП. В результате проведенной ФГС была впервые выявлена (со слов больного) язва тела желудка диаметром до12 мм, также было проведено УЗИ органов брюшной полости (со слов больной) - изменений не выявлено. Была назначена терапия: вентер, метацин (или альмагель), отвар из плодов шиповника, витаминотерапия. На фоне терапии наступило улучшение, остались ноющие боли в эпигастральной области, возникающие через 20 минут после приема пищи.

В январе 2001 г. появилась тошнота, отрыжка кислым, ноющие «голодные» и «ночные» боли в эпигастральной области. Самостоятельно принимал де-нол и ранитидин, наступило улучшение.

9 марта 2003 г., после погрешности в диете (острая и жареная пища) появились сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы. Самостоятельно принимал ранитидин, альмагель, - но улучшения не было. С вышеперечисленными жалобами обратился в поликлинику 13 марта 2003 г. С диагнозом «Язвенная болезнь ДПК, обострение» госпитализирован в стационар Красногорской ЦРБ.

**ANAMNAESIS VITAE**

Родился в 1951 году в Казахстане, рос и развивался соответственно возрасту, в физическом и психическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 10 классов средней школы. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы удовлетворительные, питание регулярное.

Условия работы предрасполагали к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как больной, в связи с характером выполняемой работы, получал нерегулярное питание. С 18 лет проходил военную службу в ВВС.

Перенесенные заболевания: в детстве дифтерия, паротит, ветряная оспа, корь. Распространённый остеохондроз, больше шейного и поясничного отдела позвоночника с 1987 г. Хронический обструктивный бронхит с 1979 года. В 1964г. аппендэктомия.

Гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает у себя и у родственников.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает.

Курит с 18 лет (по 1 пачке в сутки). Судимость отрицает.

**РОДОСЛОВНАЯ**

- наследственность со стороны ЖКТ.

I1,2 - бабушка и дедушка по отцовской линии пробанда; дедушка страдал язвенной болезнью желудка;

I 3,4 - бабушка и дедушка по материнской линии.

II 1,2,3 - Тети и дяди по отцовской линии.

II 4,5 - Отец и мать пробанда; отец умер от рака желудка.

III 6,7 - Дядя и тетя по материнской линии.

IV 1 - Пробанд.

IV 2,3,4 – тётя пробанда страдает язвенной болезнью желудка, а дядя - язвенной болезнью ДПК.

Заключение: прослеживается наследственность по заболеваниям ЖКТ и в частности по язвенной болезни.

**STATUS PRESENS COMMUNIS**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное, походка свободная. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостеник. Рост 174 см, вес 70 кг. Питание больного хорошее. Кожные покровы обычной окраски, тургор сохранен, влажность нормальная. Сухости кожи, шелушений нет. Ногти, волосы не изменены. Слизистая оболочка конъюктивы, носа, губ розового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. 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. Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Оволосение по мужскому типу, выпадения волос нет. Нос не деформирован. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется, не пальпируется.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Носовое дыхание свободно. 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. Тип дыхания - брюшной. Дыхание, ритмичное, частота дыхания - 17 дыхательных движений в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки расширены. Голосовое дрожание не изменено. Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

*Нижняя граница правого легкого определяется по правой:*

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

*Нижняя граница левого легкого определяется по левой:*

|  |  |
| --- | --- |
| по средней подмышечной | VII ребро; |
| по задней подмышечной | IX ребро; |
| по правой лопаточной | X ребро; |
| по околопозвоночной | остистый отросток XI vert. thor. |

Подвижность лёгочных краёв: по передней подмышечной: справа - 7 см, слева - 7 см.

Аускультация: Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Усиления бронхофонии нет.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

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. Верхушечный толчок определяется 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

*1. Граница сердца определяется:*

правая - по окологрудинной линии в IV межреберье справа,

верхняя - III ребро,

левая - 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

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

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 72 уд./мин. АД – 120 / 70 мм рт. ст.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, язык слегка обложен серо-жёлтым налётом. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого из них. Подкожная клетчатка: выражена умеренно, распределена равномерно. Толщина складки на уровне пупка - 2 см.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. При поверхностной пальпации: брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, брюшная стенка не напряжена, эластична, умеренно болезненна в эпигастральной области.

При глубокой пальпации:

1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

3. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

4. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

5. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит.

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется. Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

Нижний край печени острый, ровный, эластичной консистенции, при пальпации безболезненный. Верхняя граница определяется по правой окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линии на уровне VI ребра. Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 7 см выше пупка. Размеры печени 9 х 8 х 7 см.

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячивания и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается. Симптом Ортнера отрицательный. Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Перкуторно размеры на уровне Х ребра 4 \* 6 см.

Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

Аускультация: перистальтика кишечника активная.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Больной спокойный, сдержанный. На строение хорошее, повышенной раздражительности нет. Память на настоящие события снижена. Сон глубокий. Дрожания конечностей не отмечается, судороги, и нарушение походки не беспокоят, нарушений кожной чувствительности нет.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно.

Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, при пальпации эластичная, ярко выраженных признаков гипо- и гипертиреоза нет. Нарушения веса (ожирение, истощение) нет. Нарушение роста и телосложения отсутствует. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

Вывод: на основании объективного обследования выявлено: при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая:

жалобы больного (на сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы),

данные анамнеза заболевания:

- с весны 1997 года появились жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести, возникающее после приема пищи и сопровождающееся тошнотой по поводу которых обратился в районную поликлинику, где, на основании проведённой ФГС (со слов больного), был поставлен диагноз: «Хронический гастрит, обострение»;

- в июле 1998 года внезапно появились резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье, иррадиирующие в область сердца; слабость. Поступил в Красногорскую районную больницу по СМП. В результате проведенной ФГС была впервые выявлена (со слов больного) язва тела желудка диаметром до12 мм;

- 9 марта 2003 г., после погрешности в диете (острая и жареная пища) появились сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы,

данные анамнеза жизни:

- условия работы предрасполагали к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как больной, в связи с характером выполняемой работы, получал нерегулярное питание;

- курит с 18 лет (по 1 пачке в сутки);

- прослеживается наследственность по заболеваниям ЖКТ и в частности по язвенной болезни),

данных объективного обследования: при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области; можно поставить диагноз:

*Язвенная болезнь желудка в фазе обострения. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь. Хронический гастродуоденит, обострение. Хронический эзофагит, обострение.*

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО**

1/ Клинический анализ крови.

2/ Биохимический анализ крови.

3/ Общий анализ мочи.

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

5/ ЭКГ.

6/ ЭФГДС.

. 7/ УЗИ органов брюшной полости и почек.

8/ Анализ крови на RW.

Клинический анализ крови: 14 . 03 . 03.

СОЭ - 8 мм / час

Цв. п. - 1,06

*Leu* - 6,4 ⋅ 109 / л

*Er* - 4,0 ⋅ 1012 / л

Нв - 142 г / л

Лимфоциты – 58%

Моноциты – 6%

Эозинофилы - 2%

Биохимический анализ крови: 14 . 03 . 03.

Общ. белок: 62,3 г / л;

креатинин: 90 ммоль / л;

холестерин общий: 6,09 ммоль / л;

билирубин общий: 12,9 мкмоль / л;

железо сывороточное: 11 ммоль / л;

АЛТ- 0,10 ммоль/л

АСТ- 0,16 ммоль/л

амилаза- 12 г/ч.л

щелочная фосфатаза- 1,6 ммоль/ч.л

глюкоза- 5,4 ммоль/л

тимоловая проба- 3,2 ед.

Общий анализ мочи: 14 . 03 . 03.

цвет: светло-жёлтый;

прозрачность: прозрачная;

белок: «-»; реакция: кислая;

сахар: «-»; удельный вес: 1,024;

ЭКГ: 14 . 03 . 03.

Ритм синусовый, ЧСС-75 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Умеренные метаболические нарушения в миокарде.

ЭФГДС: 13 . 03 . 03. Заключение: Хроническая язва антрального отдела желудка диаметром 1,0 х 0,9 см. в фазе неполного рубцевания. Язвы луковицы ДПК в стадии рубца. Эзофагит с эрозиями в нижней трети пищевода. Смешанный (поверхностный и атрофический) гастрит. Хронический бульбит. ДГР II ст. Рубцово-воспалительная деформация луковицы ДПК.

Анализ кала: 14 . 03 . 03.

( на яйца гельминтов, скрытую кровь):

Яйца глистов не обнаружено.

Реакция на скрытую кровь отрицательна.

Ректороманоскопия: 17 . 03 . 03 .

Осмотр до 20 см. На осмотренном участке: геморроидальные узлы без явлений воспаления, просвет хорошо раскрывается при раздувании воздухом на всем протяжении, слизистую оценить не представляется возможным из-за жидкого содержимого на стенках.

Заключение: Хронический геморрой в стадии компенсации.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая:

жалобы больного (на сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы),

данные анамнеза заболевания:

- с весны 1997 года появились жалобы на ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести, возникающее после приема пищи и сопровождающееся тошнотой по поводу которых обратился в районную поликлинику, где, на основании проведённой ФГС (со слов больного), был поставлен диагноз: «Хронический гастрит, обострение»;

- в июле 1998 года внезапно появились резкие, непрекращающиеся боли в левом подреберье, иррадиирующие в область сердца; слабость. Поступил в Красногорскую районную больницу по СМП. В результате проведенной ФГС была впервые выявлена (со слов больного) язва тела желудка диаметром до 12 мм;

- 9 марта 2003 г., после погрешности в диете (острая и жареная пища) появились сильные схваткообразные ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в область сердца, усиливающиеся после приема пищи через 15-20 минут; отрыжку кислым, изжогу (в основном, после еды и в положении лёжа), горечь во рту в утренние часы,

данные анамнеза жизни:

- условия работы предрасполагали к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как больной, в связи с характером выполняемой работы, получал нерегулярное питание;

- курит с 18 лет (по 1 пачке в сутки);

- прослеживается наследственность по заболеваниям ЖКТ и в частности по язвенной болезни),

данных объективного обследования: при поверхностной пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области;

данных инструментальных методов исследования:

- ЭФГДС от 13.03.03. Заключение: Хроническая язва антрального отдела желудка диаметром 1,0 х 0,9 см. в фазе неполного рубцевания. Язвы луковицы ДПК в стадии рубца. Эзофагит с эрозиями в нижней трети пищевода. Смешанный (поверхностный и атрофический) гастрит. Хронический бульбит. ДГР II ст. Рубцово-воспалительная деформация луковицы ДПК.

- Ректороманоскопия от 17.03.03.: Осмотрено 20 см. дистального отдела толстой кишки. На осмотренном участке: геморроидальные узлы без явлений воспаления, просвет хорошо раскрывается при раздувании воздухом на всем протяжении, слизистую оценить не представляется возможным из-за жидкого содержимого на стенках. Заключение: Хронический геморрой в стадии компенсации.

Можно поставить диагноз:

*Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хроническая рецидивирующая язва антрального отдела желудка, средняя (1,0 х 0,9 см), фаза неполного рубцевания. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, фаза рубца. Рубцово-воспалительная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастро-эзофагальная рефлюксная болезнь II степени. Недостаточность функции кардии. Хронический эзофагит с эрозиями в нижней трети пищевода. Хронический смешанный (поверхностный и атрофический) гастрит в фазе выраженной активности. Хронический бульбит, фаза субремиссии. Хронический геморрой в стадии компенсации.*

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

**1) Диета (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, Зантак.

Rp: Tab.Ranitidini 0,15 N 30

DS.: По 1 таблетке 2 раза в день утром и вечером за 30-40 мин до еды 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**: Метаклопрамид (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, Амоксициллин, Доксициклин, 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

D.S.По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

**6) Цитопротекторы:** Де-нол, 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).

**ЛИСТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| t | ЧД | Ps | АД |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 190 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 180 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 170 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 160 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 150 |  |  |  |  |  |
|  | 28 | 130 | 140 |  |  |  |  |  |
|  | 26 | 120 | 130 |  |  |  |  |  |
|  | 24 | 110 | 120 |  |  |  |  |  |
| 40 | 22 | 100 | 110 |  |  |  |  |  |
| 39 | 20 | 90 | 100 |  |  |  |  |  |
| 38 | 18 | 80 | 90 |  |  |  |  |  |
| 37 | 16 | 70 | 80 |  |  |  |  |  |
| 36 | 14 | 60 | 70 |  |  |  |  |  |
| 35 | 12 | 50 | 60 |  |  |  |  |  |
| 34 | 10 | 40 | 50 |  |  |  |  |  |
| Дата | | | | **17.**  **03.** | **18.**  **03.** | **19.**  **03.** | **20.**  **03.** | **21.**  **03.** |
| Жалобы | | | | | | | | |
| боли в эпигастральной области | | | | + | + | + | + | + |
| горечь во рту | | | | + | + | + | + | +/- |
| изжогу | | | | + | + | + | + | +/- |
|  | | | |  |  |  |  |  |
| Лечение | | | | | | | | |
| Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день | | | | + | + | + | + | + |
| Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды. | | | | + | + | + | + | + |
| Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день | | | | + | + | + | + | + |

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Текст дневника** | **Назначения** |
| **17.03.** | Жалобы на умеренные боли в эпигастральной области, горечь во рту в утренние часы, изжогу после еды. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Отёков нет. АД - 120 / 70 мм.рт.ст., пульс 74 уд. / мин. | Диета № 1а.  Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день.  Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды.  Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день. |
| **18.03.** | Жалобы на умеренные боли в эпигастральной области, горечь во рту в утренние часы, изжогу после еды. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Отёков нет. АД - 130 / 80 мм.рт.ст., пульс 72 уд. / мин. | Диета № 1а.  Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день.  Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды.  Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день. |
| **19.03.** | Жалобы на умеренные боли в эпигастральной области, горечь во рту в утренние часы, изжогу после еды. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Отёков нет. АД - 120 / 80 мм.рт.ст., пульс 72 уд. / мин. | Диета № 1а.  Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день.  Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды.  Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день. |
| **20.03.** | Жалобы на умеренные боли в эпигастральной области, горечь во рту в утренние часы, изжогу после еды. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Отёков нет. АД - 120 / 70 мм.рт.ст., пульс 78 уд. / мин. | Диета № 1а.  Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день.  Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды.  Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день. |
| **21.03.** | Жалобы на умеренные боли в эпигастральной области, горечь во рту в утренние часы, изжогу после еды. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Отёков нет. АД - 120 / 80 мм.рт.ст., пульс 84 уд. / мин. | Диета № 1а.  Tab. Omeprazoli 20 мг х 2 раза в день.  Мотилиум по 10 мг 3 раза в день за 15-20 минут до еды.  Маалокс по 1 дозе через 1 час после еды х 3 раза в день. |

**ПРОФИЛАКТИКА**

Рекомендуется диета с исключением из рациона острой, жаренной, соленой, жирной пищи, исключить алкоголь, прекратить курение.

После принятия пищи избегать наклоны вперёд и не ложиться в течение 1,5 часов.

Спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати, не носить тугие пояса, ограничить потребление продуктов, усиливающих явление рефлюкса (жиры, кофе, алкоголь, шоколад, цитрусовые).

Показано периодическое санаторно-курортное лечение.

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

Рекомендуются профилактические курсы приёма омепразола, ранитидина или фамотидина (по 20 мг 2 раза в день в течение 2-3 месяцев в весенне-осенний период); раз в 6 месяцев консультация гастроэнтеролога (ЭФГДС, УЗИ).

Избегать приёма лекарств, вызывающих рефлюкс (антихолинергические, седативные, транквилизаторы, В-блокаторы, нитраты, теофиллин, антагонисты кальциевых каналов).