ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ С КУРСАМИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, ВПТ

Куратор:

студент 402 гр. л.ф. Н.Ш. Шаров

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

больного Пономарева Владимира Семеновича.

Кли­ни­че­ский ди­аг­ноз:

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, стадия обострения.

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния: Хронический холецистит. Эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный эзофагит. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Внутренний геморрой вне обострения. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гиперплазия простаты.

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: — .

Ижевск, 2006 г.

**ОБ­ЩИЕ СВЕ­ДЕ­НИЯ**

1. Пономарев Владимир Семенович
2. 57 лет, д.р. 6.08.1948 г.
3. Пол: мужской
4. На­цио­наль­ность: рус­ский
5. Место работы: «Ижмаш», начальник отдела
6. Семейное положение: женат
7. Место жительства: ул. Клубная 23-13
8. Дата заболевания: 2004 г.
9. Да­та по­сту­п­ле­ния в кли­ни­ку: 7 июля 2006 го­да, 1000

**АНАМ­НЕЗ**

**1. АНАМ­НЕЗ НА­СТОЯ­ЩЕ­ГО ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

* 1. **Жа­ло­бы боль­но­го при по­сту­п­ле­нии.** Жалуется на чувство дискомфорта и тянущие боли внизу живота, преимущественно в подвздошных областях, не связанные с приемом пищи и физической нагрузкой, более выраженные при вставании, иногда приступообразно усиливающиеся, не беспокоящие ночью; имеются жалобы на частый (3-4 раза в сутки), жидкий стул со слизью; акт дефекации болезненный, возникает на высоте болей, обычно через 30 минут после приема пищи (преимущественно после завтрака), после акта дефекации боли проходят или значительно уменьшаются; периодически в течение дня возникают ложные позывы к дефекации. Также имеются жалобы на вздутие живота, тяжесть в эпигастрии после еды.
	2. **Раз­ви­тие и те­че­ние бо­лез­ни.** Счи­та­ет се­бя боль­ным с 2004 го­да, ко­гда впер­вые ста­ли возникать боли внизу живота, императивные позывы к дефекации, учащение актов дефекации до 3 и более раз в сутки с появлением жидкого стула со слизью. Заболевание с 2004 года не прогрессирует. По поводу данного состояния к врачу впервые обратился лишь в мае 2006 г., проходя санаторно-курортное лечение в санатории «Варзи-Ятчи». В последний месяц отмечается ухудшение состояния, выражающееся в усилении болей и учащении стула. Обратился к участковому терапевту, был направлен на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение МСЧ «Ижмаш» с диагнозом: синдром раздраженного кишечника.

**2. АНАМ­НЕЗ ЖИЗ­НИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

Ме­сто ро­ж­де­ния – город Ижевск. Со­ци­аль­ное по­ло­же­ние: рабочий. В ран­нем воз­рас­те в раз­ви­тии от свер­ст­ни­ков не от­ста­вал. Об­ра­зо­ва­ние – сред­нее спе­ци­аль­ное. Пи­та­ние не­ре­гу­ляр­ное, не­раз­но­об­раз­ное, ка­ло­рий­ность сред­няя. Пе­ре­не­сен­ные за­бо­ле­ва­ния: в дет­ст­ве пе­ре­нес ОРЗ, ветряную оспу, эпидемический паротит.

Слу­жил в ар­мии в 1966 – 1968 гг.

Вред­ные при­выч­ки: не курит, упот­реб­ле­ние ал­ко­го­ля умеренное.

На­след­ст­вен­ность не отя­го­ще­на. У матери был калькулезный холецистит, у отца – гастрит. У род­ст­вен­ни­ков от­сут­ст­во­ва­ли ту­бер­ку­лез, си­фи­лис, ал­ко­го­лизм, пси­хи­че­ские бо­лез­ни и зло­ка­че­ст­вен­ные но­во­об­ра­зо­ва­ния.

Ал­лер­го­ло­ги­че­ский анам­нез: непереносимости лекарственных средств и продуктов питания не отмечается. Пе­ре­ли­ва­ния кро­ви не про­во­ди­лось.

**ОБЪ­ЕК­ТИВ­НОЕ ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ**

**ОБ­ЩИЙ ОС­МОТР БОЛЬ­НО­ГО**

Об­щее со­стоя­ние удов­ле­тво­ри­тель­ное. По­ло­же­ние ак­тив­ное. Соз­на­ние яс­ное. По­ход­ка уве­рен­ная. Осан­ка пря­мая. Вы­ра­же­ние ли­ца обыч­ное. Фор­ма го­ло­вы не из­ме­не­на. Квад­рат­но­го, ба­шен­но­го че­ре­па нет, раз­мяг­че­ние кос­тей че­ре­па от­сут­ст­ву­ет. Моз­го­вой че­реп пре­об­ла­да­ет над ли­це­вым.

Глаз­ные ще­ли рас­по­ло­же­ны сим­мет­рич­но. Сли­зи­стая скле­ры, конъ­юнк­ти­вы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски. Зрач­ки оди­на­ко­вые, пра­виль­ной фор­мы. Ре­ак­ция на свет жи­вая, со­дру­же­ст­вен­ная. Сим­пто­мы Гре­фе, Ме­биу­са, Штель­ва­га, нис­тагм от­сут­ст­ву­ют.

Спин­ка но­са: за­па­да­ния нет; ис­крив­ле­ние но­со­вой пе­ре­го­род­ки, де­фек­ты, сед­ло­вид­ный нос от­сут­ст­ву­ют. Кры­лья но­са в ак­те ды­ха­ния не уча­ст­ву­ют. Но­со­губ­ные склад­ки сим­мет­рич­ны. Уг­лы губ на­хо­дят­ся на од­ном уров­не; тре­щин, за­ед, вы­сы­па­ний нет. Гу­бы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски.

Язык вы­со­вы­ва­ет­ся по сре­дин­ной ли­нии, име­ет­ся бе­лый на­лет; со­соч­ки вы­ра­же­ны, от­пе­чат­ков зу­бов нет. Зад­няя стен­ка глот­ки глад­кая, бле­стя­щая, фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски; на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет.

Не­бо фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Мин­да­ли­ны фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов кро­во­из­лия­ний, гной­ных про­бок, гной­ни­ков ла­ку­нах нет.

Дес­ны ро­зо­вые, кро­во­то­чи­во­сти, гное­те­че­ния нет.

Зу­бы: ка­ри­оз­ные по­ра­же­ния от­сут­ст­ву­ют, зуб­ных про­те­зов нет, все зу­бы при­сут­ст­ву­ют.

Шея сред­них раз­ме­ров, кро­ве­на­пол­не­ние со­су­дов нор­маль­ное; кри­во­шеи, ог­ра­ни­че­ния дви­же­ния нет; во­рот­ни­ка Сто­кса, оже­ре­лья Ве­не­ры нет. Щи­то­вид­ная же­ле­за не паль­пи­ру­ет­ся.

За­пах те­ла и вы­ды­хае­мо­го воз­ду­ха фи­зио­ло­ги­че­ский. Те­ло­сло­же­ние пра­виль­ное. Кон­сти­ту­ция гиперстеническая. Повышенное пи­та­ние. Под­кож­ная жи­ро­вая клет­чат­ка – 2,5 см в об­лас­ти ре­бер­ной ду­ги.

Кож­ные по­кро­вы фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски; сы­пи, язв, про­леж­ней нет. Кол­ла­те­раль­ное кро­во­об­ра­ще­ние от­сут­ст­ву­ет.

Ово­ло­се­ние по муж­ско­му ти­пу. Ног­ти фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, рас­слое­ния, ис­чер­чен­но­сти нет. Ног­тей в ви­де «ча­со­вых сте­кол», паль­цев в ви­де «ба­ра­бан­ных па­ло­чек» нет.

Паль­па­ция ко­жи: тур­гор со­хра­нен, влаж­ность со­хра­не­на, эла­стич­ность ко­жи на тыль­ной сто­ро­не кис­тей сни­же­на.

Лим­фо­уз­лы: око­ло­уш­ные, соб­ст­вен­но шей­ные, за­уш­ные, под­че­лю­ст­ные, над­клю­чич­ные, под­клю­чич­ные, под­мы­шеч­ные, под­ко­лен­ные, – не паль­пи­ру­ют­ся.

Кос­ти без­бо­лез­нен­ны, не де­фор­ми­ро­ва­ны, опор­ная функ­ция не на­ру­ше­на. Сус­та­вы: дви­же­ния в пол­ном объ­е­ме, без­бо­лез­нен­ны, ко­жа над сус­та­ва­ми не из­ме­не­на. Мыш­цы без­бо­лез­нен­ны; функ­ции и си­ла не из­ме­не­ны и сим­мет­рич­ны. По­зво­ноч­ник име­ет фи­зио­ло­ги­че­ские из­ги­бы, без­бо­лез­нен­ный; дви­же­ние в пол­ном объ­е­ме.

Оте­ков на ли­це, кре­ст­це, го­ле­нях нет.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ ДЫ­ХА­НИЯ**

**1. Ос­мотр груд­ной клет­ки.** Груд­ная клет­ка гиперстеническая..

Обе по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки уча­ст­ву­ют в ак­те ды­ха­ния, от­ста­ва­ния од­ной по­ло­ви­ны от дру­гой нет. Брюшной тип ды­ха­ния. Ритм ды­ха­ния пра­виль­ный. Ды­ха­тель­ные дви­же­ния сред­ней глу­би­ны; час­то­та ды­ха­тель­ных дви­же­ний – 16 в ми­ну­ту. Объ­ек­тив­ные при­зна­ки одыш­ки: из­ме­не­ние час­то­ты и глу­би­ны ды­ха­ния, уча­стие вспо­мо­га­тель­ной мус­ку­ла­ту­ры и крыль­ев но­са в ак­те ды­ха­ния, ак­ро­циа­ноз, ор­топ­ноэ, – от­сут­ст­ву­ют.

**2. Паль­па­ция.** Ре­зи­стент­ность груд­ной клет­ки нор­маль­ная. Бо­лез­нен­но­сти по хо­ду меж­ре­бер­ных нер­вов, мышц, ре­бер нет. Го­ло­со­вое дро­жа­ние не из­ме­не­но, про­во­дит­ся оди­на­ко­во на сим­мет­рич­ных уча­ст­ках груд­ной клет­ки. Ощу­ще­ния тре­ния плев­ры при паль­па­ции нет. Экс­кур­сия груд­ной клет­ки при спо­кой­ном ды­ха­нии со­став­ля­ет 3 см, мак­си­маль­ная экс­кур­сия – 8 см.

**3. Пер­кус­сия груд­ной клет­ки.**

А. То­по­гра­фи­че­ская пер­кус­сия:

Оп­ре­де­ле­ние ниж­них гра­ниц лег­ких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опо­зна­ва­тель­ная ли­ния** | **Пра­вое лег­кое** | **Ле­вое лег­кое** |
| Сре­дин­но-клю­чич­ная | VI реб­ро | – |
| Сред­няя под­мы­шеч­ная | VIII реб­ро | VIII реб­ро |
| Ло­па­точ­ная | X реб­ро | X реб­ро |

Оп­ре­де­ле­ние ак­тив­ной под­виж­но­сти лег­ких по ли­ни­ям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опо­зна­ва­тель­ная ли­ния** | **Пра­вое лег­кое** | **Ле­вое лег­кое** |
| Сре­дин­но-клю­чич­ная | 5 см | – |
| Сред­няя под­мы­шеч­ная | 7 см | 7 см |
| Ло­па­точ­ная | 6 см | 6 см |

Вы­со­та стоя­ния вер­ху­шек лег­ких: спе­ре­ди (от­но­си­тель­но клю­чи­цы) – 3 см спра­ва и сле­ва; сза­ди – на уров­не ос­ти­сто­го от­ро­ст­ка VII шей­но­го по­звон­ка спра­ва и сле­ва. Ши­ри­на по­лей Кре­ни­га – 6 см спра­ва и сле­ва. По­лу­лун­ное про­стран­ст­во Трау­бе сво­бод­но.

Б. Ка­че­ст­вен­ная пер­кус­сия: над сим­мет­рич­ны­ми уча­ст­ка­ми лег­ких пер­ку­тор­ный звук ле­гоч­ный, не из­ме­нен­ный.

**4. Ау­скуль­та­ция.** Над сим­мет­рич­ны­ми уча­ст­ка­ми лег­ких вы­слу­ши­ва­ет­ся ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние. По­боч­ные ды­ха­тель­ные шу­мы: хри­пы, шум тре­ния плев­ры, кре­пи­та­ция, – от­сут­ст­ву­ют. Брон­хо­фо­ния не из­ме­не­на, вы­слу­ши­ва­ет­ся в ви­де не­яс­но­го бор­мо­та­ния.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ КРО­ВО­ОБ­РА­ЩЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр.**

Ос­мотр сер­деч­ной об­лас­ти: сер­деч­ный горб от­сут­ст­ву­ет; вер­ху­шеч­ный тол­чок на глаз не оп­ре­де­ля­ет­ся. От­ри­ца­тель­но­го вер­ху­шеч­но­го толч­ка нет. Сер­деч­ный тол­чок от­сут­ст­ву­ет. Эпи­га­ст­раль­ная пуль­са­ция от­сут­ст­ву­ет.

Ос­мотр круп­ных со­су­дов: пуль­са­ция ви­соч­ных ар­те­рий, пля­ска ка­ро­тид, на­бух­лость шей­ных вен, вен­ный пульс не на­блю­да­ет­ся. Сим­птом «чер­вяч­ка», ка­пил­ляр­ный пульс Квин­ке, ва­ри­коз­ное рас­ши­ре­ние вен на ниж­них ко­неч­но­стях, рас­ши­ре­ние под­кож­ных вен на груд­ной клет­ке от­сут­ст­ву­ют. Сим­птом Альф­ре­да Мюс­се от­сут­ст­ву­ет.

**2. Паль­па­ция.** Вер­ху­шеч­ный тол­чок паль­пи­ру­ет­ся в 5 меж­ре­бе­рье на 1 см кнаружи от ле­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии; рит­мич­ный, ог­ра­ни­чен­ный (пло­щадь 2 см2), сред­ней си­лы и вы­со­ты. Сер­деч­ный тол­чок не оп­ре­де­ля­ет­ся.

Сим­птом «ко­шачь­е­го мур­лы­ка­нья», тре­ние пе­ри­кар­да от­сут­ст­ву­ют. Рет­ро­стер­наль­ная пуль­са­ция аор­ты не паль­пи­ру­ет­ся.

Пульс оди­на­ко­во­го на­пол­не­ния на обе­их ру­ках. Пра­виль­ный (pulsus regularis), мяг­кий (pulsus mollis), пол­ный (pulsus plenuus). Час­то­та пуль­са – 72 в ми­ну­ту. Фор­ма и ве­ли­чи­на пуль­са не из­ме­не­ны.

**3. Пер­кус­сия серд­ца.** Оп­ре­де­ле­ние гра­ниц от­но­си­тель­ной ту­по­сти серд­ца:

- Пра­вая – пра­вый край гру­ди­ны, 4 меж­ре­бе­рье;

- Ле­вая – на 1 см кнаружи от ле­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии, 5 меж­ре­бе­рье;

- Верх­няя – 3 реб­ро, ле­вая па­ра­стер­наль­ная ли­ния.

Ши­ри­на со­су­ди­сто­го пуч­ка – 5 см.

**4. Ау­скуль­та­ция.**

А. Ау­скуль­та­ция серд­ца:

I точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; 1 тон гром­че, чем 2 тон.

II точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; 1 тон гром­че, чем 2 тон.

III точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; 2 тон гром­че, чем 1 тон.

IV точ­ка: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; 2 тон гром­че, чем 1 тон.

Точ­ка Бот­ки­на-Эр­ба: вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на; 2 тон гром­че, чем 1 тон.

Из­ме­не­ний тем­бра и кон­фи­гу­ра­ции то­нов ни в од­ной из то­чек ау­скуль­та­ции нет. Ритм пе­ре­пе­ла, ритм га­ло­па не вы­слу­ши­ва­ют­ся. Шум тре­ния пе­ри­кар­да от­сут­ст­ву­ет.

Б. Ау­скуль­та­ция со­су­дов:

На сон­ных, под­клю­чич­ных ар­те­ри­ях вы­слу­ши­ва­ют­ся 2 то­на. То­ны Трау­бе, двой­ной шум Ви­но­гра­до­ва-Дю­ро­зье при ау­скуль­та­ции бед­рен­ной ар­те­рии от­сут­ст­ву­ют. Сим­птом Си­ро­ти­ни­на-Ку­ко­ве­ро­ва от­сут­ст­ву­ет. Шум волч­ка при вы­слу­ши­ва­нии ярем­ных вен от­сут­ст­ву­ет.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ СИС­ТЕ­МЫ ПИ­ЩЕ­ВА­РЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр по­лос­ти рта.** Язык вы­со­вы­ва­ет­ся по сре­дин­ной ли­нии, име­ет­ся бе­лый на­лет; со­соч­ки вы­ра­же­ны, от­пе­чат­ков зу­бов нет. Зад­няя стен­ка глот­ки глад­кая, бле­стя­щая, фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски; на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Не­бо фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов, кро­во­из­лия­ний нет. Мин­да­ли­ны фи­зио­ло­ги­че­ской ок­ра­ски, на­ле­тов кро­во­из­лия­ний, гной­ных про­бок, гной­ни­ков ла­ку­нах нет. Дес­ны ро­зо­вые, кро­во­то­чи­во­сти, гное­те­че­ния нет. Зу­бы: ка­ри­оз­ные по­ра­же­ния от­сут­ст­ву­ют, зуб­ных про­те­зов нет, все зу­бы при­сут­ст­ву­ют.

**2. Ос­мотр жи­во­та в вер­ти­каль­ном и го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии.** Фор­ма жи­во­та обыч­ная, пу­пок втя­нут. Рас­ши­рен­ные кож­ные ве­ны, пиг­мен­та­ция, циа­но­ти­че­ские уча­ст­ки от­сут­ст­ву­ют. Пе­ри­сталь­ти­че­ские и ан­ти­пе­ри­сталь­ти­че­ские дви­же­ния же­луд­ка и ки­шеч­ни­ка не от­ме­ча­ют­ся.

**3. По­верх­но­ст­ная паль­па­ция жи­во­та в вер­ти­каль­ном и го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии.** Ме­ст­ная и раз­ли­тая бо­лез­нен­ность не от­ме­ча­ют­ся. Об­щее и ме­ст­ное на­пря­же­ние от­сут­ст­ву­ет. Гры­же­вые от­вер­стия, рас­хо­ж­де­ние пря­мых мышц жи­во­та, опу­хо­ле­вид­ные об­ра­зо­ва­ния от­сут­ст­ву­ют. Ас­цит ме­то­дом флюк­туа­ции не оп­ре­де­ля­ет­ся. Уве­ли­че­ние ор­га­нов брюш­ной по­лос­ти не от­ме­ча­ет­ся.

**4. Глу­бо­кая ме­то­ди­че­ская паль­па­ция по Об­раз­цо­ву-Стра­же­ско.**

Сиг­мо­вид­ная киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся в ле­вой под­вздош­ной об­лас­ти, слегка бо­лез­нен­на, име­ет фор­му ци­лин­д­ра тол­щи­ной 2 см, плот­но­ва­той кон­си­стен­ции, с глад­кой по­верх­но­стью, под­виж­ность – 2 см в обе сто­ро­ны; ур­ча­ние не от­ме­ча­ет­ся.

Сле­пая киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся в пра­вой под­вздош­ной об­лас­ти в фор­ме слегка ­бо­лез­нен­но­го, глад­ко­го ци­лин­д­ра мяг­кой кон­си­стен­ции, тол­щи­ной 3 см; под­виж­ность – 1 см в обе сто­ро­ны; от­ме­ча­ет­ся не­боль­шое ур­ча­ние; по­верх­ность глад­кая.

Тер­ми­наль­ный от­дел под­вздош­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в пра­вой под­вздош­ной об­лас­ти в фор­ме без­бо­лез­нен­но­го, глад­ко­го, плот­но­го ци­лин­д­ра диа­мет­ром 1 см; под­виж­ность – 3 см в обе сто­ро­ны; ур­ча­ние не от­ме­ча­ет­ся.

Чер­ве­об­раз­ный от­рос­ток сле­пой киш­ки не паль­пи­ру­ет­ся.

Ма­лая кри­виз­на же­луд­ка не паль­пи­ру­ет­ся, боль­шая кри­виз­на же­луд­ка паль­пи­ру­ет­ся на уровне пупка, безболезненна; при­врат­ник не паль­пи­ру­ет­ся.

По­пе­реч­ная обо­доч­ная киш­ка про­щу­пы­ва­ет­ся на 2 см ни­же пуп­ка в ви­де плот­но­ва­той кон­си­стен­ции без­бо­лез­нен­но­го ци­лин­д­ра тол­щи­ной 2,5 см, с глад­кой по­верх­но­стью; под­виж­ность в обе сто­ро­ны – 4 см; ур­ча­ние от­сут­ст­ву­ет.

Вос­хо­дя­щий от­дел обо­доч­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в об­лас­ти пра­во­го флан­ка в ви­де мяг­кой кон­си­стен­ции ци­лин­д­ра с глад­кой по­верх­но­стью, тол­щи­ной 3 см, слегка бо­лез­нен­ный, ма­ло­под­виж­ный; имеется ур­ча­ние.

Нис­хо­дя­щий от­дел обо­доч­ной киш­ки про­щу­пы­ва­ет­ся в об­лас­ти ле­во­го флан­ка в ви­де мяг­кой кон­си­стен­ции ци­лин­д­ра с глад­кой по­верх­но­стью, тол­щи­ной 3 см, без­бо­лез­нен­ный, ма­ло­под­виж­ный; ур­ча­ние от­сут­ст­ву­ет.

**Паль­па­ция пе­че­ни по Об­раз­цо­ву.** Ниж­ний край пе­че­ни не вы­сту­па­ет из-под пра­вой ре­бер­ной ду­ги, на­хо­дит­ся у края ре­бер­ной ду­ги по пра­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии; мяг­кий, с глад­кой по­верх­но­стью, ост­рый, ров­ный, без­бо­лез­нен­ный. Пуль­са­ция при паль­па­ции пе­че­ни не от­ме­ча­ет­ся.

**Паль­па­ция желч­но­го пу­зы­ря.** Желч­ный пу­зырь не паль­пи­ру­ет­ся. Симп­то­мы За­харь­и­на, Ле­пе­не, Ке­ра-Га­ус­ма­на, Орт­не­ра, Об­раз­цо­ва-Мер­фи, Кур­ву­а­зье, Ге­ор­ги­ев­ско­го-Мюс­си от­ри­ца­тель­ные.

**Паль­па­ция под­же­лу­доч­ной же­ле­зы.** Под­же­лу­доч­ная же­ле­за не паль­пи­ру­ет­ся. Бо­лез­нен­ность в тре­уголь­ни­ке Шоф­фа­ра не от­ме­ча­ет­ся. Бо­лез­нен­ность в точ­ке Де­жар­де­на от­сут­ст­ву­ет. Сим­пто­мы Грот­та, Мейо-Роб­со­на, Кат­ча от­ри­ца­тель­ные.

**Паль­па­ция се­ле­зен­ки в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии и на пра­вом бо­ку (по Са­ли).** Се­ле­зен­ка не про­щу­пы­ва­ет­ся.

Сим­птом Пор­ге­са от­ри­ца­тель­ный.

**5. Пер­кус­сия жи­во­та.** Сво­бод­ная жид­кость в брюш­ной по­лос­ти не оп­ре­де­ля­ет­ся. Сим­птом Об­раз­цо­ва от­ри­ца­тель­ный.

Пер­ку­тор­ные раз­ме­ры пе­че­ни по Кур­ло­ву:

- 10 см – по пра­вой сре­дин­но-клю­чич­ной ли­нии;

- 9 см – по пе­ред­ней сре­дин­ной ли­нии;

- 7 см – по ле­вой ре­бер­ной ду­ге.

Пер­ку­тор­ные раз­ме­ры се­ле­зен­ки: про­доль­ный – 7 см, по­пе­реч­ный – 6 см.

**6. Ау­скуль­та­ция.** Вы­слу­ши­ва­ют­ся шу­мы во всех от­де­лах ки­шеч­ни­ка. Шум тре­ния брю­ши­ны над пе­че­нью, се­ле­зен­кой не вы­слу­ши­ва­ет­ся.

**ИС­СЛЕ­ДО­ВА­НИЕ ОР­ГА­НОВ МО­ЧЕ­ОТ­ДЕ­ЛЕ­НИЯ**

**1. Ос­мотр.** Ос­мотр по­яс­нич­ной об­лас­ти: при­пух­ло­сти, по­крас­не­ния кож­ных по­кро­вов нет. Ви­зу­аль­но оп­ре­де­ля­ет­ся уве­ли­че­ние мо­че­во­го пу­зы­ря.

**2. Паль­па­ция.** Паль­па­ция по­чек по Об­раз­цо­ву и Бот­ки­ну: поч­ки не паль­пи­ру­ют­ся. Мочевой пузырь не пальпируется.

Паль­па­ция по хо­ду мо­че­точ­ни­ков: без­бо­лез­нен­на.

**3. Пер­кус­сия.** Сим­птом Пас­тер­нац­ко­го от­ри­ца­тель­ный. Пер­кус­сия мо­че­во­го пу­зы­ря: пер­ку­тор­ный звук над мо­че­вым пу­зы­рем тимпанический.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Синдром раздраженного кишечника. **Обоснование предварительного диагноза:** Предварительный диагноз поставлен на основании наличия у курируемого больного следующих синдромов:

- болевой синдром: абдоминальная боль тянущего характера в подвздошных областях, уменьшающаяся или исчезающая после акта дефекации, не связанная с приемом пищи и физической нагрузкой, не беспокоящая ночью, усилившаяся в течение последнего месяца параллельно с учащением стула.

- дискинетический синдром: учащение стула (3-4 раза в сутки), изменение консистенции кала (жидкий стул с выделением слизи), нарушение акта дефекации (болезненный акт дефекации, тенезмы), вздутие живота. Данные признаки присутствуют на протяжении всего времени бодрствования.

Данные синдромы присутствуют у больного на протяжении 2 лет, что соответствует Римским диагностическим критериям синдрома раздраженнного кишечника:

1. Абдоминальная боль (или дискомфорт), имеющая 2 из 3 особенностей:

**-** обычно уменьшается после дефекации;

**-** ассоциированная с изменением частоты дефекации;

**-** ассоциированная с изменением консистенции кала.

1. Симптомы, длящиеся более 25% времени суток:

- изменение частоты стула (более 3 раз в 1 сутки или менее 3 раз в 1 неделю);

- изменение консистенции кала (твердый, «овечий» или жидкий, водянистый);

- нарушение акта дефекации (напряжение при дефекации, императивные позывы, чувство неполного опорожнения);

- выделение слизи с калом;

- вздутие или чувство распирания в животе.

Данные симптомы должны присутствовать в течение периода более 3 месяцев.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;

- биохимический анализ крови;

- общий анализ мочи;

- анализ кала;

1. Инструментальные исследования:

- сигмофиброскопия;

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;

- эзофагогастродуоденоскопия;

- электрокардиография.

**ДАН­НЫЕ ЛА­БО­РА­ТОР­НЫХ И ИН­СТ­РУ­МЕН­ТАЛЬ­НЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1. Дан­ные ла­бо­ра­тор­ных ис­сле­до­ва­ний.**

1). Ана­лиз мо­чи (11.07.06 г.):

Цвет – со­ло­мен­но-жел­тый

Удель­ный вес – 1023 (в нор­ме 1012-1025)

Про­зрач­ная

Эпи­те­лий плоский – 0-1 в п/зр. (в нор­ме 0-1 в п/зр.)

Лей­ко­ци­ты – 1-3 в п/зр. (в нор­ме 0-3 в п/зр.)

Белок – 0 г/л

Соли – оксалаты в небольшом количестве

За­клю­че­ние: анализ мочи в норме.

2). Пол­ный ана­лиз кро­ви (11.07.06 г.):

Эритроциты – 4,75∙1012 (в нор­ме 4,5-5∙1012)

Hb – 129 г/л (в нор­ме 120-180 г/л)

Лейкоциты – 8,2∙109 (в нор­ме 4-9∙109)

Ней­тро­фи­лы юные – 0% (в нор­ме 0-1%)

Ней­тро­фи­лы па­лоч­коя­дер­ные – 3% (в нор­ме 1-5%)

Ней­тро­фи­лы сег­мен­тоя­дер­ные – 62% (в нор­ме 47-72%)

Ба­зо­фи­лы – 0% (в нор­ме – 0-1%)

Эо­зи­но­фи­лы – 2% (в нор­ме – 0,5-5%)

Лим­фо­ци­ты – 26% (в нор­ме 19-37%)

Мо­но­ци­ты – 7% (в нор­ме 3-9%)

СОЭ – 12 мм/ч (в нор­ме 4-10 мм/ч)

За­клю­че­ние: об­щий ана­лиз кро­ви в нор­ме.

3). Био­хи­ми­че­ский ана­лиз кро­ви (29.06.06 г.):

Би­ли­ру­бин об­щий – 13 мкмоль/л (в нор­ме 8,5-20,5 мкмоль/л)

Холестерин – 8,33 ммоль/л (в норме 3,5-6,3 ммоль/л)

АСТ – 47,3 ед/л (в норме до 41,0 ед/л)

АЛТ – 41,8 ед/л (в норме до 38,0 ед/л)

ЩФ – 231,8 ед/л (в норме 100 – 290 ед/л)

ГГТ – 48,1 ед/л (в норме 11,0 – 61,0 ед/л)

За­клю­че­ние: увеличение активности АЛТ, АСТ.

4). Определение уровня глюкозы в крови (11.07.06 г.):

 5,4 ммоль/л (в норме 3,3 – 5,5 ммоль/л) – в норме.

5). Копрологическое исследование (11.07.06 г.):

Форма – неоформленный

Консистенция – мягкий

Цвет – коричневый

Слизь +++

Реакция на кровь – 0

Мышечные волокна: пер. – 2 в п/зр., непер. – 1 в п/зр.

Нейтр. жир – 1 в п/зр.

Жирные кислоты – 0-1 в п/зр.

Непер. клетчатка – 1-2 в п/зр.

Пер. клетчатка – 1 в п/зр.

Крахмал – 1 в п/зр.

Йодоф. бактерии – 0-1 в п/зр.

Лейкоциты – 0 в п/зр.

Эритроциты – 0 в п/зр.

Простейшие – не обн.

Заключение: признаки дискинетического синдрома с ускоренной эвакуацией по толстой кишке.

**2****. Дан­ные ин­ст­ру­мен­таль­ных ис­сле­до­ва­ний.**

1). Ульт­ра­зву­ко­вое ис­сле­до­ва­ние органов брюшной полости (12.07.06 г.).

За­клю­че­ние: Хронический холецистит. Диффузные изменения печени, pancreas. Увеличен диаметр воротной и селезеночной вен.

2). Ульт­ра­зву­ко­вое ис­сле­до­ва­ние мочевого пузыря (12.07.06 г.).

За­клю­че­ние: Гиперплазия простаты. Не исключается хронический простатит.

3). Электрокардиография (11.07.06 г.).

Ритм синусовый. Положение ЭОС промежуточное. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

4). Дуоденогастрофиброскопия (13.07.06 г.).

Пищевод свободно проходим; в нижней трети слизистая гиперемированная, отечная, с мелкими эрозиями. Наблюдаются эндоскопические признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия. Желудок раскрылся хорошо, содержит слизь, складки продольные, эластичные. Слизистая желудка ярко-розовая, привратник округлый, без особенностей; луковица duodenum рубцово деформирована, проходима. Слизистая луковицы duodenum гиперемирована, отечна, с эрозией d=0,2 см. Заключение: Эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный эзофагит. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

5). Сигмофиброскопия (21.06.06 г.).

Анус без особенностей, сфинктер – спавшиеся геморроидальные узлы. Осмотрены прямая и сигмовидная кишка. Слизистая гладкая, сосудистый рисунок четкий, складки правильной формы, эластичные. Тонус нормальный. Заключение: Внутренний геморрой вне обострения.

**КЛИ­НИ­ЧЕ­СКИЙ ДИ­АГ­НОЗ:**

а). Ос­нов­ное за­бо­ле­ва­ние: Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, стадия обострения.

б). Со­пут­ст­вую­щие за­бо­ле­ва­ния: Хронический холецистит. Эрозивный бульбит. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный эзофагит. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Внутренний геморрой вне обострения. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гиперплазия простаты.

в). Ос­лож­не­ния ос­нов­но­го за­бо­ле­ва­ния: — .

**Обоснование клинического диагноза:**

Различают 3 основных клинических формы СРК:

1. Алгическая форма, харктеризующаяся преобладанием в клинике абдоминальной боли и метеоризма;
2. С преобладанием диареи, характеризующаяся наличием признаков: учащение стула более 3 раз в сутки, жидкий кал и императивные позывы к дефекации;
3. С преобладанием запоров, характеризующаяся наличием признаков: урежение стула менее 3 раз в неделю, твердый кал и натуживание на протяжении всего акта дефекации.

Поскольку в клинике у больного преобладает более выраженное в течение последнего месяца учащение стула до 3-4 раз в сутки с выделением жидкого кала со слизью, имеются тенезмы, ставится диагноз основного заболевания: синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, стадия обострения.

**ЛЕ­ЧЕ­НИЕ**

Дие­та: стол 5«п», в ра­цио­не ограничиваются продукты, содержащие грубую клетчатку, исключаются острые приправы, продукты, богатые эфирными маслами, сырые овощи, фрукты, ограничивается молоко. Режим: полупостельный.

Ме­ди­ка­мен­тоз­ное ле­че­ние:

1. Антидиарейные препараты:

Rp.: Loperamidi 0,002

D.t.d N. 30 in caps.

S. По 1 капсуле 2 раза в су­тки.

Rp.: Diosmectiti 3,0

D.t.d. N. 45

S. По 1 пакетику 3 раза в су­тки после еды

2. Спазмолитики:

Rp.: Meteospasmyli N. 20 in caps.

D.S. По 1 капсуле в день в течение 2 недель

Rp.: Sol. Platyphillini 0,2% - 1 ml

D.t.d. N 15 in amp.

S. Внут­ри­мы­шеч­но 1 раз в день

Rp.: Tab. Diceteli 0,05 N.50

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

3. Ферментные препараты:

Rp.: Tab. Pancreatini 0,25 N. 100

D.S. По 2 таблетки 3 раза в день перед едой

Rp.: Tab. Mezym Forte N. 50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день перед едой

4. Эубиотики:

Rp.: Bifidumbacterini N. 100 in pulv.

D.S. По 2 пакетика во время еды 2 раза в день

Rp.: Colibacterini sicci N. 30 in. logenis

D.S. По 2 дозы 3 раза в день внутрь за 30 минут до еды, разведя в 2 чайных ложках кипяченой воды.

5. Цитопротекторы:

Rp.: Tab. Venteri 0,5 N. 60

D.S. По 1 таблетке 4 раза в сутки за 30 минут до еды.

6. Антациды (ингибиторы протонного насоса):

Rp.: Omeprazoli 0,02

D.t.d. N. 30 in caps.

S. По 1 капсуле 2 раза в день.

7. Витаминные препараты, метаболическая терапия:

Rp: Sol. Acidi nicotinici 1%-1ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 ампуле внутримышечно 1 раз в день

Rp.: Tab. Methyluracili 0,5 N. 60

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

Sol. Panangini 5 ml

Sol. Riboxini 10 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200 ml

M.D.S. Внутривенно капельно

8. Ноотропы:

Rp.: Sol. Pyracetami 20% - 5 ml

D.t.d. N. 15

S. По 1 ампуле внутримышечно 1 раз в сутки

Рекомендована психотерапия, аутогенная тренировка, ЛФК.