Белорусский Государственный медицинский Университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

История болезни

Язвенная болезнь двеннадцатиперстной кишки в фазе обострения

Паспортные данные

1. ФИО
2. Пол: мужской
3. Возраст 45 лет
4. Семейное положение - женат
5. Место работы – водитель троллейбуса
6. Место жительства :
7. Кем направлен: поступил по направлению 23 городской поликлиники
8. Диагноз при поступлении: язвенная болезнь 12-иперстной кишки.
9. Клинический диагноз: язвенная болезнь 12-иперстной кишки в фазе обострения.

Жалобы больного

При поступлении больной жаловался на боли ноющего характера в эпигастральной области. Боли усиливаются натощак и в ночное время, уменьшаются после приёма пищи. Больного беспокоят еще частые изжоги, склонность к запорам. Периодически возникает чувство тошноты. Также его беспокоят повышенная раздражительность, нарушения сна.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 1997-го года, когда у больного впервые появились умеренные ноющие боли в подложечной области, изжоги, чувство тошноты. Боли непрерывно усиливались, становясь нестерпимыми. Больной потерял сознание и был доставлен в БСМП г. Минска, где при фиброгастродуоденоскопии была выявлена язвенная болезнь двеннадцатиперстной кишки, по поводу чего больной находился на стац. лечении в гастроэнтерологическом отделении этой же клиники в течение нескольких недель, откуда был выписан с улучшением. Больному была назначена диета, антацидные препараты, спазмолитики. Диету больной соблюдал в течение месяца, затем вернулся к прежнему режиму питания. Назначенному медикаментозному лечению строго не следовал, препараты принимал лишь при сильных болях. При этом больной много курил, употреблял алкоголь. Впоследствии к врачам не обращался, хотя периодически беспокоили боли в подложечной области, особенно в осенне-весенний период, изжоги.

2 года назад после перенесённого стресса у больного появились сильные боли в подложечной области, чувство тошноты. Больной обратился за мед. помощью в поликлинику по месту жительства, откуда. После проведённой фиброгастродуоденоскопии, выявившей обострение язвенной болезни двеннадцатиперстной кишки, был направлен на лечение в гастроэнтерологическое отделение 6-ой клинической больницы г. Минска, где находился на лечении в течение нескольких недель, после чего был выписан с улучшением. После выписки в течение некоторого времени следовал рекомендациям врача, затем вернулся к прежнему образу жизни.

Последнее обострение больной связывает с сильным стрессом, связанным с неприятностями на работе неделю тому назад, когда у больного появились вышеуказанные жалобы. При ФГДС в поликлинике по месту жительства была обнаружена язва 12-перстной кишки и больной направлен на стац. лечение в гастроэнтерологическое отделение шестой клинической больницы, где и находился до момента курации.

Анамнез жизни

Физическое и интеллектуальное развитие

Больной родился доношенным, первым ребёнком в срок от здоровых родителей. Вскармливался грудью матери. В школу пошёл с семи лет, учёба давалась легко. В физическом и психическом развитии не отставал от сверстников.

В детсве болел мало (простудные заболевания, аппендэктомия в возрасте 15-ти лет; вирусный гепатит и другие инфекционные заболевания отрицает).

После окончания средней школы служил в армии (работал водителем). После демобилизации и до настоящего времени работает водителем троллейбуса.

Материально-бытовые условия

Проживает с взрослым сыном в 2-х комнатной квартире со всеми коммунальными удобствами на третьем этаже 8-ми этажного дома. С женой разведён. Сын работает. Суммарный заработок со слов больного достаточен для обеспечения семьи. Сельхозпродуктами обеспечивают родители больного, которые проживают в сельской местности недалеко от города Минска.

Гигиенические навыки больным выполняются.

Режим питания больным не соблюдается, количество приёмов пищи в день от 2-3 до 4-5 (в праздничные дни), основное количество пищи принимается в ночное или утреннее время (работа в первую или вторую смену), в выходные дни - в обед (около 14-ти часов дня). Горячую пищу принимает 2 раза в день. Потребление жирной, острой и солёной пищи старается ограничивать. Отмечается спешка во время приёма пищи, особенно на работе. Горячая пища, напитки (чай, кофе) принимаются умеренно горячими. Свежие овощи и фрукты употребляет в небольшом количестве. Алкоголь употребляет с 20 лет. Выпивает по праздникам в умеренном количестве. Курит по пол пачки сигарет в день.

Экспертно-трудовой анамнез

После демобилизации из армии и до настоящего времени больной работает водителем троллейбуса (работа "сидячая" требует постоянной концентрации внимания, зрительного напряжения). Имеются факторы профессиональной вредности: шум, пыль, выхлопные газы. Кроме того больной отмечает частые стрессовые ситуации, конфликты, возникающие во время работы.

Аллергологический анамнез

Больной не отмечает аллергических реакций немедленного типа (крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок), на медикаменты, вакцины, сыворотки, пищевые продукты, пыльцу растений, укусы насекомых и др.

Гемотрансфузионный анамнез

Гемотрансфузий не было.

Наследственный анамнез

Сходных по клинике заболеваний у ближайших родственников не отмечает. Наследственный анамнез не отягощён.

Настоящее состояние (Status praesans)

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, выражение лица осмысленное, спокойное. Положение больного активное. Внешний вид больного соответствует возрасту, осанка больного правильная, походка обычная, конституционный тип нормостенический.

Эластичность кожи нормальная. Кожный покров не изменен. Окраска кожи обычная, влажность нормальная. Розеолы, эритемы, геморрагии, петехии, герпес отсутствуют. «Сосудистые звездочки», подкожные уплотнения кожи не обнаружены. Видимые слизистой обычной окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно, отеки отсутствуют. Лимфатические периферические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые) не увеличены.

Развитие мышц умеренное, тонус хороший, при пальпации и при движении мышцы безболезненны, сила мышц достаточная. Движения в суставах безболезненны, в полном объеме. Скованность, припухлость, дефигурация и деформация суставов отсутствуют.

Кости безболезненны при движении и пальпации. Искривления и деформация костей отсутствуют, утолщений ногтевых фаланг пальцев нет. Ногти нормальной формы, рост волос по мужскому типу.

Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное, тип дыхания брюшной, голос чистый, громкий.

Грудная клетка нормостеническая, деформация грудной клетки отсутствует.

Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное – 17 раз в 1 минуту.

Грудная клетка эластичная, при пальпации безболезненна. Межреберные промежутки нормальные. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон, не изменено.

Положение ключиц и лопаток симметричное.

При сравнительной перкуссии легких определяется легочный звук.

При топографической перкуссии нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Переднеподмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Среднеподмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Заднеподмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Верхняя граница легких спереди на 3 см выше ключицы с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края по среднеподмышечной линии с обеих сторон равна 8 см.

При сравнительной аускультации легких выявлено везикулярное дыхание с обеих сторон, побочные шумы не выслушиваются. Бронхофония на симметричных участках одинаковая и не изменена.

Сердечно-сосудистая система

Область сердца без видимых изменений. Верхушечный толчок не виден, пальпируется на 1 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье, ограничен, не усилен. Сердечный толчок отсутствует, патологической пульсации артерий и вен нет. Венный пульс отсутствует, «кошачье мурлыканье» на верхушке сердца, на аорте и на легочной артерии не определяется.

Границы относительной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | Справа | Слева |
| 5 | - | 9 см влево от переднесрндинной линии |
| 4 | 3 см вправо от переднесрединной линии | - |
| 3 | По краю грудины | 5 см влево от переднесрединной линии |

Границы относительной тупости сердца сверху на уровне 3 межреберья слева.

Границы абсолютной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | в IV межреберье у левого края грудины |
| Слева | кнутри от левой срединноключичнгой линии на 2 см |
| Вверху | нижний край IV рёберного хряща у места его прикрепления к краю грудины. |

Размер поперечника относительной сердечной тупости 12 см. Ширина сосудистого пучка во 2 межреберье 5 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

правая – левый край грудины;

левая – на 2 см внутрь от границы относительной сердечной тупости слева;

верхняя – верхний край 4 ребра слева;

При аускультации сердца тоны ясные, ритм правильный, сердечные шумы не выслушиваются, шума перикарда нет.

Пульс ритмичный – 76 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, на симметричных участках тела одинаковый. АД – 130/80 мм рт. ст.

Расширений вен грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей и пульсации вен нет.

Система органов пищеварения

Язык чистый. Слизистая оболочка рта и зев бледно-розовой окраски, миндалины рыхлые, без гнойных пробок и налетов, не выходят за пределы небных душек, слизистая глотки бледно-розовой окраски.

Живот обычной формы, не увеличен в объеме, симметричен. Подкожная венозная сеть не видна, грыжевых выпячиваний нет. Тонус мышц брюшной стенки нормальный. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

При глубокой пальпации сигмовидная кишка гладкая, безболезненная, эластичная, мало подвижная, с урчанием. Слепая кишка безболезненная, эластичная, гладкая, мало подвижная, с урчанием. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. При аускультации живота перистальтика нормальная.

Печень – видимого выпячивания в области печени нет. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. При пальпации край печени у края реберной дуги мягкий мягкий, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, болезненности в области желчного пузыря при пальпации нет. Симптом Мюсси (френикус) отрицательный.

Селезенка – видимого выбухания нет. При пальпации селезенка не пальпируется, область левого подреберья безболезненная. При перкуссии длина селезенки – 7 см, поперечник – 5 см.

Система мочеотделения

Поясничная область симметричная, припухлостей нет. Почки не пальпируются, болезненности при пальпации почек нет. Симптом Пастернацкого (метод поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не возвышается над лоном, не пальпируется.

Эндокринная система

Щитовидная железа не пальпируется, при пальпации область щитовидной железы безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область поджелудочной железы при пальпации безболезненна.

Кроветворная система

Цвет кожи и слизистых оболочек розовый, геморрагий нет. Болезненность при постукивании по грудине и трубчатым костям отсутствует. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Нервная система

Настроение хорошее. Память на ближайшие и отдаленные события сохранена, сон тревожный, неглубокий. Речь не нарушена. На зрение, слух, обоняние пациент жалоб не предъявлял. Дермографизм красный. Гипергидроз.

Данные лабораторных и инструментальных исследований

Общий анализ крови:

эритроциты – 4.32 \* 1012 г/л

гемоглобин – 137

ЦП – 0.95

лейкоциты – 4.0 \* 109 г/л

базофилы – 2%

эозинофилы – 5%

нейтрофилы:

палочкоядерные – 5%

сегментоядерные – 55%

лимфоциты – 29%

моноциты – 4%

СОЭ – 7 мм/час

Биохимический анализ крови:

мочевина – 6.8 ммоль/л

общий белок – 72 г/л

глюкоза – 5.4 ммоль/ л

билирубин общий – 7.6 мкмоль/л

АЛАТ – 92 ед/л

АСАТ – 45 ед/л

амилаза – 115 ед/л

тимоловая проба – 7.9 ед

K+ - 4.8 ммоль/л

Na+ - 144 ммоль/л

Каллограмма (02.04.2002 г.):

форма – не сформированный

цвет – нормальный

запах – обычный

слизь – нет

гной - нет

стрекобилин – положительный

Микроскопическое исследование:

мышечные волокна – переваренные (+)

жирные кислоты - +

мыла - +

крахмальные зерна:

* непереваренные - +
* переваренные - +

растительная клетчатка непереваренная - ++

Общий анализ мочи (02.04.2002 г.):

цвет – соломенно-желтый

плотность – 1020

реакция – кислая

белок – нет

лейкоциты – 2-4

эпителий плоский - +

ЭФГДС:

пищевод - кардия без особенностей;

желудок – правильной формы, продольные складки с мелкими эрозиями, слизистая гиперемирована;

12-иперстная кишка – на задней стенке луковицы язва диаметром 6 см с отеком;

Обоснование диагноза

Учитывая жалобы больного: боли ноющего характера в эпигастральной области; боли усиливаются натощак и в ночное время, уменьшаются после приёма пищи; частые изжоги, склонность к запорам, наличие боли при пальпации в подложечной области; наличие язвенного дефекта с отеком на задней стенке луковицы 12-иперстной кишки, обнаруженное при ЭФГДС, а также учитывая, что больной страдает язвой в течение 5 лет с обострениями, ставим диагноз – язвенная болезнь 12-иперстной кишки в фазе обострения.

Температурный лист



Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 05.04.2002 | Общее состояние удовлетворительное. Продолжают беспокоить боли в эпигастральной области, хотя и менее выраженные. Диспептических жалоб нет. Сон и аппетит не нарушены. | Объективно:  При пальпации живота: мягкий, но есть болезненность в эпигастральной области.  При аускультации лёгких: везикулярное дыхание без побочных дыхателных шумов.  При аускультации сердца: тоны ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются.  Пульс – 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД – 130/80 мм рт. ст.  Мочеиспускание и стул не нарушены. |

Назначения: стол № 1:

1. омепразол – по 1 таблетке на ночь;
2. альмагель – по 1 десертной ложке 3 раза в день через час после приема пищи и на ночь;