**Алтайский государственный медицинский университет**

**Кафедра факультетской хирургии**

Зав.кафедрой:

д.м.н, профессор, член – корреспондент РАМН …

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

БОЛЬНОЙ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

Язвенная болезнь с локализацией язвенного дефекта размером 0.4x0.5x0.2 см на передней стенке двенадцатипёрстной кишки, эрозии вокруг язвенного дефекта с перфоративным отверстием 0.3 см. Впервые выявленная, стадия обострения.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

хронический смешанный гастрит ассоциированный обильным обсеменением Helicobakter Pylori, стадия обострения.

КУРАТОР: студент …

Педиатрический факультет

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: профессор…

СРОК КУРАЦИИ: 28.05.08 - 06.06.08гг.

**Барнаул 2008г.**

**Паспортная часть**

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

Возраст: 34 года

Профессия: БВРЗ, резчик

Домашний адрес: Попова 43 - 7

Дата поступления: 24 мая 2008 года

Дата начала курации 28 мая 2008 года

**Жалобы**

Основные жалобы: на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие через 2-3 часа после еды, чаще в ночное время и натощак. Боли интенсивные, уменьшаются после приёма спазгана и после рвоты, не иррадиируют, возникают ежедневно.

Жалобы на изжогу, после приёма острой и жаренной пищи, уменьшается после употребления раствора соды и молока.

Жалобы на тошноту и рвоту во время болей, рвота кислым, с примесью пищи, без запаха, после рвоты боль уменьшается.

При активном расспросе были выявлены следующие дополнительные жалобы на сниженный аппетит, недомогание, бессонницу, общую слабость, повышенную утомляемость.

**Anamnesis morbid**

Больным себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли ноющего характера в верхней половине живота, возникали натощак и после приёма острой пищи, кофе, алкоголя. Возникали не постоянно, а периодически в течение нескольких недель, повторялись чаще в осенне-весеннее время года. Для снятия болей использовал спазган, баралгин, раствор соды. В поликлинику не обращался, не обследовался, не лечился.

В течение последних 3-х месяцев болевой синдром усилился, беспокоил практически постоянно, сопровождался рвотой. В связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, откуда направлен в ГБ №1.

**Anamnesis vitae**

Родился в г. …, закончил школу и ПТУ. Работает резчиком на заводе БВРЗ. Живёт с семьёй в 2-х комнатной квартире, женат, двое детей.

Режим питания не соблюдает, характер пищи с преобладанием мясных и молочных продуктов.

Болел редкими простудными заболеваниями, гриппом. Туберкулёзом, венерическими заболеваниями не болел, на учёте по поводу хронических заболеваний не состоял. Контакта с инфекционными больными не было. Гемотрансфузий не было. Пищевой и лекарственной аллергии нет. Курит 15 лет, выкуривает 1 пачку в день. Злоупотребляет алкоголем.

**Status prаesens communis**

**Общий осмотр**

общее состояние: средней степени тяжести

сознание: ясное

положение в постели: активное

телосложение: пропорциональное

конституция: астеническая

походка: быстрая

осанка: прямая

рост и масса тела: рост 174 см, вес 67кг.

температура тела: 36,7 С

**Исследование отдельных частей тела**

Кожные покровы:

цвет: телесный

эластичность кожи: сохранена

влажность кожных покровов: умеренная

сыпи: нет

Ногти:

форма: обычная

ломкость: не выражена

Подкожная клетчатка: выражена умеренно, толщина складки в подключичной области 0,5 см.

Отёки отсутствуют

Лимфатические узлы: затылочные, шейные, подчелюстные, над- и подключичные, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые – не пальпируются.

Подкожные вены – малозаметные.

Голова овальной формы, нормальных размеров. Положение головы – прямое.

Симптом Мюссе не наблюдается.

Искривление шеи не обнаружено. Пальпация щитовидной железы безболезненна. Железа мягко-эластичной консистенции, узлы не пальпируются.

Глазная щель нормальных размеров. Глазные яблоки не изменены. Конъюнктива глаз влажная. Склеры не изменены, зрачки широкие, круглой формы. Реакция зрачков на свет – прямая и содружественная – сохранена.

Симптомы Греффе, Штельвага, Мебиуса – отрицательные.

Губы бледные, углы рта симметричны. Высыпаний, трещин, «симптома кисета» не обнаружено. Отмечается сухость слизистой рта. Цвет слизистой твердого нёба – розовый. Дёсны бледные. Язык высовывается свободно. Цвет языка бледный, обложен у корня белым налётом, сухой, сосочки не выражены, трещин нет.

Миндалины округлой формы, не выступают из-за дужек, налётов и гнойных пробок нет.

**Исследование опорно-двигательного аппарата**

При осмотре суставов деформации не обнаружено.

Окраска кожи над суставами не изменена. При поверхностной пальпации температура кожи над суставами не изменена, суставных шумов нет. Объём активных и пассивных движений во всех плоскостях неограничен. Симптомы Томайера, Отта, Шобера отрицательные; подбородок не достаёт грудины 1 см. При глубокой пальпации – не определяется наличие выпота в полости суставов, симптом «флюктуации» отрицательный.

В остальных суставах (коленных, тазобедренных, локтевых, плечевых, лучезапястных) наличие выпота не обнаружено также.

Определяется болезненность при пальпации шейных и поясничных позвонков. Мышечный тонус и сила мышц не снижены, степень развития мышечной системы средняя.

Кости при поколачивании безболезненны.

**Исследование органов дыхания**

Грудная клетка астенической формы, ассиметрии нет, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Тип дыхания – смешанный, частота дыхания 16 в минуту. Ритм дыхания правильный. Экскурсия грудной клетки равна 2 см.

При пальпации грудная клетка ригидна. Пальпация по ходу межрёберных промежутков, рёбер и мышц безболезненна. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон по 9 парным точкам.

При сравнительной перкуссии отмечается ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы лёгких | Правое лёгкое (см.) | Левое лёгкое (см.) |
| Высота состояния верхушек | 3 | 3 |
| Ширина полей Кренига | 5 | 5 |

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная | V межреберье | - |
| Среднеключичная | VI межреберье | - |
| Переднеаксиллярная | VII межреберье | VII межреберье |
| Среднеаксиллярная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Заднеаксиллярная | IX межреберье | IX межреберье |
| Лопаточная | X межреберье | X межреберье |
| Паравертебральная | остистый отросток  Th XII | остистый отросток  Th XII |

Подвижность нижнего края лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см.) | Левое лёгкое (см.) |
| Среднеключичная | 4 | - |
| Среднеаксиллярная | 6 | 6 |
| Лопаточная | 5 | 5 |

Аускультация лёгких

Во всех девяти парах точек выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

**Исследование органов кровообращения**

При осмотре области сердца пульсации, сердечного горба не выявлено.

Во внесердечной области пульсации не отмечается.

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см. кнаружи от левой средне-ключичной линии, разлитой, площадью 1х1 см2, усиленный, по высоте высокий, резистентный.

Систолическое и диастолическое дрожание отсутствует.

Пульс синхронный на обеих руках, 74 удара в минуту, ритмичный, мягкий неполный, малый по величине, умеренный по скорости.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | IV межреберье на 1 см. снаружи от правого края грудины | IV межреберье по левому краю  грудины |
| Левая | V межреберье на 1 см. кнаружи от левой среднеключичной линии | V межреберье по левой среднеключичной  линии |
| Верхняя | III межреберье по левой окологрудинной  линии | IV межреберье по левому краю окологрудинной линии |

Длинник и поперечник сердца по Курлову: поперечник 14см, длинник 16см.

Сосудистый пучок: ширина сосудистого пучка во втором межреберье 6 см.

Конфигурация сердечного притупления: митральная.

Аускультация сердца и сосудов

Первый тон у верхушки сердца ослаблен, приглушён, отмечается акцент второго тона на аорте. Частота сердечных сокращений 74 удара в минуту, ритм правильный, дополнительных тонов нет.

Шумы не выслушиваются.

Шума трения перикарда нет. Сосудистых шумов нет. Артериальное давление на правой руке – 130/80 мм рт. ст., на левой руке – 130/80 мм рт. ст.

**Исследование органов мочевыведения**

При осмотре поясничной области припухлости и отёков не выявлено.

Почки не пальпируются в положении стоя по Боткину, в горизонтальном положении по Образцову.

Мочевой пузырь не пальпируется.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен.

**Status localis**

Живот плоский, симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания; перистальтических и антиперистальтических движений не выявлено.

При поверхностной пальпации наблюдается слабая болезненность в собственной эпигастральной области. Отмечается умеренное напряжение мышц брюшной стенки. Грыжевых отверстий нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено. Глубокую пальпацию провести не удалось, так как больной после операции, возникают боли.

Перкуссия живота

Перкуторный звук тимпанический над всей поверхностью живота.

Симптом Менделя слабоположительный.

Размеры печени по Курлову 10x9x8

Размеры селезенки по Курлову длинник 6 см, поперечник 4 см.

Симптом Ортнера отрицательный.

При аускультации живота определяется умеренная перистальтика кишечника. Шума трения брюшины нет.

**План дополнительных методов исследования больного**

1. ФГДС с целью обнаружения язвы, состояния слизистой оболочки желудка и ДПК, процессов малигнизации.
2. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости – с целью уточнения локализации язвы, наличия рубцовых изменений, определения последствий язвенного поражения, оценки моторных функций желудка – дуаденогастрального рефлюкса.
3. Клинический анализ крови – с целью выявления анемии, которая возникает при кровотечениях из язвы, а также с целью обнаружения воспалительной реакции в период, когда СОЭ увеличивается, и содержание лейкоцитов умеренно повышается.
4. Биохимический анализ крови:

а) активность трансаминаз АЛТ, АСТ, содержание билирубина – для выявления цитологического синдрома.

б) содержание сахара крови, общего белка, фибриногена, диастазы крови, тимоловой пробы, мочевины, креатинин, К+, Na+ с целью исследования обмена белков, углеводов, изучения функций печени, почек, поджелудочной железы, а также гемостаза.

5) Оперативное лечение.

**Результаты дополнительных методов исследования**

1. ФГДС (за 24.05.08г) – пищевод свободно проходим, слизистая его гиперемирована, в желудке небольшое количество жидкости, слизи. Слизистая желудка диффузно отёчна, гиперемирована с очаговой дистрофией.

Привратник правильной формы, смыкается неплотно. Слизистая ДПК отёчна, гиперемирована, на передней стенке хроническая язва 0,4x0.5x0.2 см и перфоративное отверстие.

2. Рентгенологическое исследования органов брюшной полости (за 24.05.08г)

Пищевод и кардий свободно проходимы для бария. Желудок нормотоничен, складки продольные, извитые. Контуры стенок ровные. Перистальтика с частичным забросом бария из ДПК в желудок. ДПК деформирована.

Заключение: Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Дуаденогастральный рефлюкс.

3. Клинический анализ крови

L – 9,9 x 10 9/л

СОЭ – 18 мм/час

Нв – 139 г/л

э - 1 с– 63%, n – 2%, л – 33%, м – 1%

4. Биохимический анализ крови

билирубин общий – 15,6 мкмоль/л

фибриноген – 3,55 г/л

Тимоловая проба – 1 ЕД

общий белок – 70,0 г/л

мочевина – 7,0 мкмоль/л

креатинин – 0,107 мкмоль/л

АлТ – 0,5 мккат/л

АсТ – 0,5 мккат/л

К+ - 4,7 ммоль/л

Na + - 145 ммоль/л

Диастаза крови 33 мг/л

Сахар крови 3,8 ммоль/л

5) Оперативное лечение. В объёме лапаротомия, ушивание перфоративного отверстия под общим обезболиванием. Согласие больного получено.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании изучения жалоб на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, изжогу, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов пищеварения. Анализируя основные жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие после приёма пищи, натощак и ночью, которые уменьшаются после приёма спазмолитиков, можно выделить болевой абдоминальный синдром. Болевой синдром имеет характерную ритмичность возникновения в течение суток и сезонность в течение года.

Анализируя жалобы на изжогу и рвоту на высоте болей, можно выделить синдром желудочной диспепсии.

Наличие характерного болевого абдоминального синдрома с определённой ритмичностью и сезонностью возникновения а также синдрома желудочной диспепсии позволяет предположить язвенную болезнь.

Тот факт, что болевой синдром возникает не сразу после еды, а спустя длительное время – 2-3 часа, позволяет предположить локализацию язвенного процесса в области двенадцатиперстной кишки.

Анализируя дополнительные жалобы на сниженный аппетит, слабость, бессонницу, недомогание, можно предположить наличие астеновегетативного синдрома.

По данным истории болезни можно сделать вывод, что заболевание имеет хроническое течение и в настоящее время впервые выявлено в стадию обострения. Заболевание возникло на фоне хронического гастрита, по поводу которого не было лечения. Выявлены факторы риска, которые имели значение в развитии язвенной болезни: несоблюдение режима и характера питания, наличие хронической интоксикации в форме длительного курения и злоупотребления алкоголя, наличие длительных физических нагрузок на производстве, стрессовых ситуаций в быту и на работе.

Учитывая данные, обнаруженные при осмотре больного: умеренная болезненность при пальпации и локальное мышечное напряжение в собственной эпигастральной области, положительный синдром Менделя, можно предположить стадию обострения язвенной болезни ДПК

Таким образом, анализируя данные анамнезов болезни и жизни, жалобы больного и клинические данные полученные от осмотра больного, можно поставить предварительный диагноз:

Основное заболевание: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия обострения. Сопутствующее заболевание: Хронический гастрит, стадия обострения

Результаты ФГДС

Подтверждают наличие хронической язвы размером 0.4x0.5x0.2 см на передней стенке двенадцатипёрстной кишки и перфоративное отверстие. Отмечаются признаки воспаления слизистой оболочки двенадцатипёрстной кишки и желудка. Причём на слизистой желудка обнаружена атрофия очаговая. Что подтверждает хроническое воспаление слизистой желудка.

Проведённое рентгенологическое исследование органов брюшной полости позволило обнаружить рубцово - язвенную деформацию луковицы ДПК и дуоденогастральный рефлюкс, таким образом дополнительные методы исследования подтверждают предварительный диагноз язвенной болезни двенадцатипёрстной кишки с перфоратиным отверстием.

**Клинический диагноз**

Язвенная болезнь с локализацией язвенного дефекта размером 0.4x0.5x0.2 см на передней стенке двенадцатипёрстной кишки, эрозии вокруг язвенного дефекта с перфоративным отверстием 0.3 см. Впервые выявленная, стадия обострения.

Сопутствующее заболевание: хронический смешанный гастрит ассоциированный обильным обсеменением Helicobakter Pylori, стадия обострения.

**Дифференциальный диагноз**

Язвенную болезнь двенадцатипёрстной кишки следует дифференцировать

1) с хроническим холециститом, при котором боли возникают после приёма жирной жареной пищи. Боли локализуются в правом подреберье, не имеют чёткой периодичности, не уменьшаются после приёма молока, отсутствует сезонность обострений, иррадиируют в правую лопатку и правое плечо. Рвота не снимает и не облегчает боль.

Различия между этими заболеваниями выявляются в результате детального анализа болевого синдрома, наличия болевых зон, учёта сезонности обострений и данных о состоянии желудочной секреции, а также данных рентгенологического исследования и ФГДС (ниша, конвергенция складок слизистой оболочки, рубцовая деформация двенадцатипёрстной кишки или наличие язвенного дефекта).

У данного больного определяется рубцово-язвенная деформация на рентгенограмме, определяется наличие язвенного дефекта при ФГДС.

2) с хроническим панкреатитом, когда при обострении возникают

резкие боли в левом подреберье, опоясывающие боли с иррадиацией в левую руку, левое плечо. Рвота может быть неукротимой, отмечается чувство вздутия живота, стул светлый, кашицеобразный, со специфическим запахом, в нём выявляются непереваренные жиры и мышечные волокна для постановки диагноза имеет значение исследование активности ферментов поджелудочной железы в моче и крови. В клинической картине наряду с болевым синдромом выражен синдром кишечной диспепсии (диарея, стеаторея). Отсутствует сезонность обострений.

У данного больного отсутствует синдром кишечной диспепсии.

Выражен синдром желудочной диспепсии и характерный болевой абдоминальный синдром с выраженной ритмичностью и сезонностью обострений, наличием голодных и ночных болей.

**Лечение и его обоснование.**

Лечение хирургическое:

Показана операция - верхнесрединная лапаротомия, промывание брюшной полости р-ром фурацилина.

Операция закончена ушиванием перфорвтивного отверстия, и дренированием брюшной полости с наложением асептической повязки.

Послеоперационное:

1. Режим постельный в первое время.
2. Голод.
3. Обезболивающие:

Rp: Sol. Promedoli 2% - 1,0

D.t.d №10 in ampullis

S. П/к по 1ml в 17, 23 и 6 часов.

4. Антимикробная терапия: Rp: Ampicillini – natrii 0,5 D.t.d. №25

S. По 1,0 в/м 4 раза сутки, предварительно разведя в 2 мл воды для инъекций.

5 назначение антацидов для нейтрализации HCI:

Rp: Suspenzio “Almageli”

In flakon. 1 st.

S.По одной чайной ложке за 30 минут

до еды и на ночь.

Rp: Omeprazoli 20 mg in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

6 препаратов для усиления репарации слизистой.

7 антиоксидантов. – витамины А, Е, С.

8 перевод в гастро отделение для дальнейшего лечения хр гастрита и язвы.

**Дневник**

### 28.05.08 В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 48. Тоны ясные, ритмичные. ЧСС 68, АД 110/90. Язык влажный, живот не напряжён. Болезненность в области операционных швов. Перитониальных симптомов нет. Диурез достаточный. Из дренажа выделяется незначительное количество серозно-геморрагического отделяемого.

29.05.08 Жалоб нет. Состояние больного улучшилось, ближе к удовлетворительному. Самочувствие знатительно улучшилось. Кожные покровы чистые. Живот при пальпации мягкий, безболезненный в эпигастральной области. АД 120/80 мм рт. ст. ЧД 18 в минуту, ЧСС 76 ударов в минуту t тела - 36,5 С . Над лёгкими везикулярное дыхание хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформлен. Диурез регулярный.

30.05.08 Жалоб нет. Состояние больного улучшилось, ближе к удовлетворительному. Самочувствие улучшилось. Кожные покровы чистые. Живот при пальпации мягкий, безболезненный в эпигастральной области. АД 120/80 мм рт. ст. ЧД 16 в минуту, ЧСС 76 ударов в минуту t тела - 36,5 С . Над лёгкими везикулярное дыхание хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Печень и селезёнка не пальпируются. Дренаж удален. Стул оформлен. Диурез регулярный.

**Выписной эпикриз**

Больной … 34 года находился на лечении в ГБ №1 с 24.05.08.

Поступил с жалобами на интенсивные боли жгучего характера в подложечной области, возникающие через 2-3 часа после еды, натощак, ночью, на изжогу, рвоту на высоте болей, после которой наступало облегчение. Из анамнеза болезни выявлено, что такие жалобы появились у больного в течение последних 3-х месяцев, в связи с чем обратился в поликлинику откуда был направлен в ГБ №1

Клинически выявлена болезненность при пальпации эпигастральной области, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный синдромом синдром Менделя. Проведено обследование на ФГДС – пищевод свободно проходим, слизистая его гиперемирована, в желудке небольшое количество жидкости, слизи. Слизистая желудка диффузно отёчна, гиперемирована с очаговой дистрофией.

Привратник правильной формы, смыкается неплотно. Слизистая ДПК отёчна, гиперемирована, на передней стенке хроническая язва 0,4x0.5x0.2 см и перфоративное отверстие.

Рентгенологическое исследования органов брюшной полости (за 24.05.08г)

Пищевод и кардий свободно проходимы для бария. Желудок нормотоничен, складки продольные, извитые. Контуры стенок ровные. Перистальтика с частичным забросом бария из ДПК в желудок. ДПК деформирована.

Заключение: Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Дуаденогастральный рефлюкс.

Клинический анализ крови

L – 9,9 \* 10 9/л

СОЭ – 18 мм/час

Нв – 139 г/л

э - 1 с– 63%, n – 2%, л – 33%, м – 1%

Биохимический анализ крови

билирубин общий – 15,6 мкмоль/л

фибриноген – 3,55 г/л

Тимоловая проба – 1 ЕД

общий белок – 70,0 г/л

мочевина – 7,0 мкмоль/л

креатинин – 0,107 мкмоль/л

АлТ – 0,5 мккат/л

АсТ – 0,5 мккат/л

К+ - 4,7 ммоль/л

Na + - 145 ммоль/л

Диастаза крови 33 мг/л

Сахар крови 3,8 ммоль/л

Выставленклинический диагноз

Основное заболевание, Язвенная болезнь с локализацией язвенного дефекта размером 0.4x0.5x0.2 см на передней стенке двенадцатипёрстной кишки, эрозии вокруг язвенного дефекта с перфоративным отверстием 0.3 см. Впервые выявленная, стадия обострения.

Сопутствующее заболевание: хронический смешанный гастрит ассоциированный обильным обсеменением Helicobakter Pylori, стадия обострения.

Лечение хирургическое:

Показана операция - верхнесрединная лапаротомия, промывание брюшной полости рас-м фурацилина.

Операция закончена ушиванием перфорвтивного отверстия, и дренированием брюшной полости с наложением асептической повязки.

Послеоперационное:

1 Режим постельный в первое время.

2 Голод.

3 Обезболивающие: Rp: Sol. Promedoli 2% - 1,0

D.t.d №10 in ampullis

S. П/к по 1ml в 17, 23 и 6 часов.

4. Антимикробная терапия:

Rp: Ampicillini – natrii 0,5

D.t.d. №25

По 1,0 в/м 4 раза сутки, предварительно разведя в 2 мл воды для инъекций.

5 назначение антацидов для нейтрализации HCI:

Rp: Suspenzio “Almageli”

In flakon. 1 st.

S.По одной чайной ложке за 30 минут

до еды и на ночь.

Rp: Omeprazoli 20 mg in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

6 препаратов для усиления репарации слизистой.

7 антиоксидантов. – витамины А, Е, С.

**Список литературы**

1. Учебник ”Хирургические болезни” ред. Б.П. Волков 1985г.

2. БМЭ тома 5. 28.

3. Машковский 1,2тома,2002 г.