

ПАСПОРТНЫЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 57 лет.
3. Профессия: водитель.
4. Место работы.
5. Домашний адрес: 1/2 - 17.
6. Дата поступления в стационар: 8.01.2011г.
7. Диагноз направившего учреждения: Хроническая язва двенадцатиперстной кишки.
Желудочно-кишечное кровотечение.
8. Диагноз при поступлении: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, рецидивирующие течение, стадия обострения.

Жалобы

Боли в эпигастральной области через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжога, отрыжка кислым, запоры. Слабость.

Anamnesis morbi

Считает себя больным около 10 лет. Весной осенью обострения с амбулаторным курсом лечения.

Язва диагностировалась на основании инструментальных методов исследования ФГДС, рентгенологии чesки.

Состояние ухудшилось в августе 2010 года, когда появились боли в эпигастральной области интенсивного характера, по ночам успокаивающиеся после приёма пищи. Изжогу, отрыжка кислым, запоры. Дома принимал альмогель, фистал.

В ноябре обратился в поликлинику, был направлен на госпитализацию в ГКБ № 18, но по семейным обстоятельствам от стационарного лечения отказался.

В 20 числа декабря появился чёрный "дёгтеобразный" стул.

8.01.2011г. обратился к участковому врачу в поликлинику, откуда был направлен в ГКБ № 18. Жалобы при поступлении боли в эпигастральной области интенсивного характера, возникающие через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, запоры. Снижение массы тела на 10 кг. Слабость.

В приёмном покое осмотрен хирургом, который не выявил данных за хирургическую патологию. Госпитализирован для стационарного лечения в терапевтическое отделение.

Anamnesis vitae

Родился в 1954 году в районе, первым ребенком в семье, рос и развивался соответственно возрасту, закончил 11 классов средней школы, после школы работал слесарем. Служил в армии в войсках ПВО.

1. Семейный анамнез и наследственность:

Живет в семье, имеет двоих детей. Наследственность не отягощена.

2. Профессиональный анамнез:

После армии работал водителем в 23 автобазе г. . И до настоящего момента работает водителем. Контакт с вредностями отрицает.

3. Бытовой анамнез:

Гигиенический режим соблюдает, питание не регулярное.

4. Эпид. анамнез:

вирусный гепатит, туберкулёз, малярию, холеру, венерические заболевания отрицает.

5. Эмоционально - нервно психический анамнез:

Постоянные стрессы и эмоциональные переживания, связанные с работой.

6. Перенесенные заболевания:

Перелом руки и ноги в детском возрасте.

8. Вредные привычки:

курит с 20-и лет, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков отрицает.

9. Гемотрансфузионный анамнез:

гемотрансфузии, инъекции (до поступления в стационар) за последние 6 месяцев не производились. Контакт с инфекционными больными отрицает.

10. Аллергологический анамнез:

аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает.

Status praesens obiectivus

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту. Антропометрические данные: рост 172 см., вес 64 кг., Астенический тип конституции.

Кожные покровы

Обычной окраски, чистые, сухие. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожно-жировой слой развит слабо.

Лимфатические узлы

Пальпируются следующие группы лимфатических узлов: заушные, подчелюстные, подмышечные, паховые справа. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются. Пальпируемые группы лимфоузлов безболезненны, эластичны, не спаяны с окружающей клетчаткой.

Мышечная система

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц удовлетворительная, тонус сохранен. Активные движения в полном объеме.

Костная система

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии, очагов размягчения в костях не найдено. Суставы обычной конфигурации, кожа над ними нормальной температуры и влажности. Обнаружено искривление позвоночника вправо в грудном отделе. Поясничный лордоз сглажен.

Дыхательная система

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет. Грудная клетка бочкообразной формы. Эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

При перкуссии границы легких:

<u>место перкуссии</u>	<u>правое легкое</u>	<u>левое легкое</u>
окологрудинная линия	5-ое межреберье	-
среднеключичная линия	VI ребро	-
передняя подмышечная линия	VII ребро	VII ребро

средняя подмышечная линия	VIII ребро	VIII ребро
задняя подмышечная линия	IX ребро	IX ребро
лопаточная линия	X ребро	X ребро
околопозвоночная линия на уровне	XI гр. позвонка	XI гр. позвонка

Высота стояния вершушек:

спереди 2.5 см выше ключицы

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Подвижность лёгочных краёв: по l.axillaris ant. справа - 7 см, слева - 7 см.

Поля Кренига справа - 6 см, слева - 5.5 см.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторно яный лёгочный звук.

Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Бронхофония сохранена.

Сердечно-сосудистая система

Видимой патологической пульсации сосудов шеи нет. Область сердца не изменена.

Пальпация сердечной области.

Верхушечный толчок: локализуется в пятом левом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии положительного характера. Нормальной резистентности шириной 2,5 см.

Перкуторно: границы относительной сердечной тупости.

граница	местонахождение
правая	на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье
верхняя	в III межреберье по l.parasternalis
левая	на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

правая	левого края грудины в IV межреберье
верхняя	у левого края грудины на IV ребре
левая	на 3,5 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье равна 5 см.

Аускультация сердца

Тоны сердца ясные. Ритм правильный. ЧСС 74 удара в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст.

Артериальный пульс на лучевых артериях:

1. синхронен на обеих руках
2. ритмичен
3. частота 64 удара в мин.
4. не напряжён
5. полный

Органы желудочно-кишечного тракта

Язык влажный, обложен белым налетом, по краям языка имеются отпечатки зубов

Зубы желтоватого цвета. Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев негиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек.

Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено. При осмотре живот правильной формы, не выступает за края реберных дуг, подкожные вены не расширены, кожа бледная, сухая.

Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, грубых анатомических изменений нет, пупок втянут.

Пальпаторно:

а). Поверхностная пальпация:

при пальпации живот мягкий, определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки области эпигастрия, пилородуоденальной зоны, умеренная болезненность.

б). Глубокая скользящая методическая пальпация по Обрзцову-Стражеско

- в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - 1.5 см в диаметре, мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит.
- в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка- 2 см в диаметре, мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит.
- на уровне пупка пальпируется поперечно ободочная кишка - 3 см в диаметре, плотная, подвижная, безболезненная, не урчит.
- печень- не выходит за край рёберной дуги. Размер печени по Курлову: 10 x 8 x 7 см.
- селезёнка- не пальпируется; при перкуссии верхний полюс - IX ребро, нижний полюс - XII ребро по l.axillaris ant.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный

Аускультация: перистальтика кишечника активная.

Стул не регулярный (2- 3 раза в неделю), оформленный, окраска его темная.

Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Мочеполовая система

Почки не пальпируются. Пальпация средней и нижней мочеточниковых точек безболезненна.

Мочевой пузырь пальпируется сразу над лобковым сочленением в виде округлого безболезненного образования тугоэластической консистенции. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Эндокринная система

Щитовидная железа на глаз не увеличена. Глазные симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу.

Нервная система.

Сознание ясное. Дермографизм - белый. Нарушения болевой и тактильной чувствительности нет.

Реакция зрачков на свет живая, содружественная.

Парезов и параличей мышц конечностей нет.

Предварительный диагноз

На основании жалоб: боли в эпигастральной области через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжога, отрыжка кислым, запоры. Слабость.

На основании данных анамнеза: болен около 10 лет. Весной осенью обострения с амбулаторным курсом лечения.

Язва диагностировалась на основании инструментальных методов исследования ФГДС, рентгенологически.

Ухудшение в августе 2010 года, когда появились боли в эпигастральной области интенсивного характера, по ночам успокаивающиеся после приёма пищи. Изжогу, отрыжка кислым, запоры.

В 20 числа декабря появился чёрный "дёгтеобразный" стул.

8.01.2011г. обратился к участковому врачу в поликлинику, откуда был направлен в ГКБ № 18.

Жалобы при поступлении боли в эпигастральной области интенсивного характера, возникающие через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, запоры. Снижение массы тела на 10 кг.

Слабость.

В приёмном покое осмотрен хирургом, который не выявил данных за хирургическую патологию.

По данным объективного исследования: при пальпации живот мягкий, определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки области эпигастрия, пилородуоденальной зоны, умеренная болезненность.

Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, рецидивирующие течение, средней степени тяжести, фаза обострения.

Планируется проведение следующих исследований:

1. Клинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Анализ кала (на яйца глистов и скрытую кровь).
5. ЭКГ.
6. ФГДС.
7. УЗИ органов брюшной полости и почек.
8. Анализ крови на RW.
9. Диастаза мочи.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клинический анализ крови: 9 . 01 . 2011

Er - $4,8 \times 10^{12}$ / л
Leu - $6,3 \times 10^9$ / л
Цв. п. - 0,8
Нв - 142 г / л
Тг - 210×10^9 / л
Лимфоциты - 20 %
Моноциты - 6 %
Нейтрофилы
 палочкоядерные - 2 %
 сегментоядерные - 70 %
Эозинофилы - 2 %
СОЭ - 6 мм / час

Биохимический анализ крови: 9 . 01 . 2011

Общий белок: 76,2 г/л;
Холестерин: 4,47 ммоль/л;
Глюкоза: 4,8 ммоль/л;
Диастаза крови: 33,7 ед/л;
Мочевина: 3,6 мкмоль/л;
В - липопропротеиды: 25,0 ед;
Билирубин общий: 10,0 мкмоль / л;
ПТИ: 78,0 %;
Фибриноген: 3,3 г/л;

Общий анализ мочи: 9 . 01 . 2011

цвет: светло жёлтый;
прозрачность: прозрачная;
реакция: кислая;
удельный вес: 1,024;
белок: " - ";
сахар: " - ";
Эпителий: отсутствует;
слизь: " - ";
ураты: " - ";
оксалаты: " - ";

ЭКГ: 10 . 01 . 2011

Ритм синусовый. ЧСС 66 уд/мин. ЭОС не отклонена. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации желудочков.

ФГДС: 10 . 01 . 2011

Пищевод и кардия без патологии. В желудке слизь. Со стороны слизистой желудка картина гипертрофии. Привратник неправильной формы. По малой кривизне луковицы 12 п.к. сразу за привратником глубокая кратерообразная язва 9 мм диаметром. Слизистая 12 п.к. ярко гиперемированная, отёчная.

Заключение: Хроническая язва 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки и привратника.

Поверхностный дуоденит.

Анализ кала: 9 . 01 . 2011

(кал на скрытую кровь)
высохший кал

Капрологическое исследование: 9 . 01 . 2011

Микроскопическое исследование
Форма - оформленный
Цвет - желто коричневый
1. Соединительная ткань "+"
2. Мышечные волокна "+"
3. Не переваренные клетки "+"
4. Крахмал "+"
Лейкоциты 0-1-2
Простейшие не обнаружены
Яйца глист не обнаружены

Диастаза мочи: 9 . 01 . 2011

16 ед.

Консультация хирурга: 8 . 01 . 2011

Заключение: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, обострение.

Клинический диагноз.

На основании жалоб: боли в эпигастральной области через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжога, отрыжка кислым, запоры. Слабость.

По данных анамнеза: болен около 10 лет. Весной осенью обострения с амбулаторным курсом лечения.

Язва диагностировалась на основании инструментальных методов исследования ФГДС, рентгенологически.

Ухудшение в августе 2010 года, когда появились боли в эпигастральной области интенсивного характера, по ночам успокаивающиеся после приёма пищи. Изжогу, отрыжка кислым, запоры.

В 20 числах декабря появился чёрный "дёгтеобразный" стул.

8.01.2011г. обратился к участковому врачу в поликлинику, откуда был направлен в ГКБ № 18.

Жалобы при поступлении боли в эпигастральной области интенсивного характера, возникающие через 3 - 4 часа после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, запоры. Снижение массы тела на 10 кг. Слабость.

В приёмном покое осмотрен хирургом, который не выявил данных за хирургическую патологию.

По данным объективного исследования: при пальпации живот мягкий, определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки области эпигастрия, пилородуоденальной зоны, умеренная болезненность.

Данные ФГДС: Заключение: Хроническая язва 12 перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 перстной кишки и привратника.

Поверхностный дуоденит.

Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, рецидивирующее течение, хроническая средняя (0,9 см) язва малой кривизны луковицы двенадцатиперстной кишки, средней степени тяжести, фаза обострения.

Осложнение: Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и привратника.

Сопутствующий: Поверхностный дуоденит.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез заболевания до сих пор полностью не раскрыт.

Полагают, что это мультифакториально обусловленное заболевание, предрасположенность к которому в значительной степени связана с наследственными факторами.

Генетическая предрасположенность проявляется следующими клиническими признаками:

- Повышенная секреторная активность желудка;
- Повышение уровня пепсиногена в крови и др.

Замечено, что чаще язвенная болезнь бывает у людей при сочетании I (0) группы крови с резус отрицательностью.

Среди факторов риска язвенной болезни существенную роль играют и внешние факторы:

- Выраженное и часто повторяющееся нервно-эмоциональное напряжение;
- Конфликтные трудно устранимые ситуации на работе и в семье;
- Нарушение ритма сна и питания;
- Курение;
- Злоупотребление алкоголем.

Неблагоприятные факторы внешней среды способствуют реализации наследственной предрасположенности.

В результате этих влияний нарушается баланс между воздействием агрессивных факторов и защитными механизмами, обеспечивающими целостность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Последние десять лет большинство исследований было посвящено изучению роли *Helicobacter pylori* в язвообразовании. За этот период времени представления о значении этого микроорганизма претерпели значительную трансформацию: от первоначального отрицания значения микробного фактора в генезе язвы до точки зрения, рассматривающей язвенную болезнь как инфекционное заболевание. В этой концепции *Helicobacter pylori* занимает одно из основных мест среди факторов агрессии. Сами бактерии нарушить целостность слизистой оболочки не могут; они вызывают лишь весьма умеренные изменения эпителия. Однако НР инициирует каскад реакций, которые активно могут способствовать язвообразованию.

Патогенез

1 уровень — под влиянием этиологических факторов происходит дезинтеграция процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга.

2 уровень — дисфункция гипоталамо-гипофизарной зоны.

3 уровень — дисфункция вегетативной нервной системы. При относительном преобладании тонуса симпатической нервной системы развиваются следующие изменения: тонус желудка снижается, эвакуация замедляется, развивается антральный стаз, увеличивается продукция гастрина, соляной кислоты, но одновременно наблюдается обратная диффузия водородных ионов в слизистую и подслизистую оболочку, развивается местный тканевой ацидоз, исчезает замыкательный рефлекс привратника, создаются условия для забрасывания дуоденального содержимого с желчными кислотами в желудок — таким образом, формируются предпосылки для развития язвы желудка.

4 патогенетический уровень — дисфункция эндокринной системы, включая гастроинтестинальную эндокринную систему. Проявляется в повышении активности гормонов, стимулирующих продукцию соляной кислоты и пепсина, и снижении активности гормонов, ингибирующих желудочную секрецию.

5 патогенетический уровень — вследствие осуществления патогенетических механизмов на прежних уровнях развивается преобладание агрессивных факторов над защитными факторами (гастропротективными) и развивается язва желудка.

Факторы агрессии:

- Высокий уровень соляной кислоты и пепсина;
- Высокое содержание в желудочном соке свободных радикалов;
- Дуоденогастральный рефлюкс и заброс дуоденального содержимого с детергентами — желчными кислотами;
- Нарушение моторики желудка;
- Повышенный уровень в желудочном соке среднемолекулярных пептидов;
- Нарушение дуоденального тормозного рефлекса в связи со снижением секреции гастроинтестинальных гормонов.

Факторы гастропротективные:

- Нормальный кровоток в слизистой оболочке желудка;
- Достаточное количество защитной слизи;
- Секреция щелочных компонентов панкреатического сока;
- Локальный синтез простагландинов E;
- Локальный синтез эндорфинов и энкефалинов.

В настоящее время есть точка зрения, что язвенная болезнь желудка в 70% случаев развивается в результате инфицирования хеликобактериями, а язвенная болезнь 12-перстной кишки в 92% случаев.

Лечение.

1. Диетотерапия.

Основу диетотерапии при язвенной болезни положена лечебная диета, состоящая из последовательно назначаемых столов N 1а, 1б, 1в, 1. Принцип диеты максимальное щажение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в остром периоде заболевания с постепенно возрастающей функциональной нагрузкой по мере стихания острых проявлений.

В начале заболевания и при резко выраженном обострении назначается стол N 1а. Применяется она в течение 3-7 дней. Эта диета назначается только в стационаре при строгом постельном режиме. При уменьшении болевого и диспепсического синдрома назначается стол N 1б, назначается на 8-12 дней. По мере улучшения состояния больного переводят на стол N 1 (на 4-6 месяцев) - до наступления стойкой ремиссии.

Обязательная составная часть диетического питания - фруктовые и овощные соки, обогащающие пищу витаминами. Среди овощных соков широко применяется сок свежей белокочанной капусты, содержащий противоязвенный фактор - витамин U.

2. Фармакотерапия.

Варианты медикаментозной терапии:

Основой лечения должна являться комбинированная (трехкомпонентная или четырехкомпонентная) терапия, способная как минимум обеспечить эрадикацию в 80% случаев.

1. Однонедельная тройная терапия с использованием блокаторов Na-K-АТФазы в стандартной дозировке 2 раза в день (например, омепразол 20 мг 2 раза в день или пантопразол 40 мг 2 раза в день, или лансопразол 30 мг 2 раза в день) вместе с метронидазолом 400 мг 3 раза в день (или тинидазол 500 мг 2 раза в день) плюс кларитромицин 250 мг 3 раза в день или амоксициллином 1000 мг 2 раза в день плюс кларитромицин 500 мг 2 раза в день, или амоксициллином 500 мг 3 раза в день плюс метронидазол 400 мг 3 раза в день.

2. Однонедельная тройная терапия с препаратом висмута: препарат висмута (коллоидный субцитрат висмута или галлат висмута или субсалицилат висмута) 120 мг 4 раза в день (доза в расчете на окись висмута) вместе с тетрациклином 500 мг 4 раза в день плюс метронидазол 250 мг 4 раза в день или тинидазол 500 мг 2 раза в день.

3. Однонедельная квадротерапия, позволяющая добиться эрадикации штаммов НР, устойчивых к действию известных антибиотиков.

Блокатор Na-K-АТФазы в стандартной дозировке 2 раза в день вместе с препаратом висмута 120 мг 4 раза в день, вместе с тетрациклином 500 мг 4 раза в день плюс метронидазол 250 мг 4 раза в день (или тинидазол 500 мг 2 раза в день).

Схемы лечения с использованием в качестве антисекреторного препарата блокаторов H₂-рецепторов гистамина

1. Ранитидин 300 мг/сут или фамотидин 40 мг/сут плюс амоксициллин 2000 мг/сут плюс метронидазол (тинидазол) 1000 мг/сут в течение 7-14 дней.

2. Ранитидин - висмута цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с тетрациклином 250 мг 4 раза в день (или 500 мг 2 раза в день) плюс метронидазол 250 мг 4 раза в день (длительность курса лечения 14 дней). Ранитидин - висмута цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день (длительность курса лечения 14 дней).

Ранитидин - висмута цитрат 400 мг 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 250 мг 2 раза в день плюс метронидазол (тинидазол) 500 мг 2 раза в день (длительность курса лечения 7 дней).

3. Витаминотерапия.

Особое значение в лечении язвенной болезни имеют витамины, оказывающие благоприятное влияние на состояние обменных процессов в организме, секреторную и моторную функции желудка. Наиболее широко назначаются витамины группы B (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин).

Тиамин (витамин B₁) улучшает самочувствие больных, уменьшает болевой и диспепсический

синдромы, нормализует сок и аппетит. Его рекомендуется применять по 0,5-1 мл 3 % р-ра 1 раз в день в/м, N 12-15.

Пиридоксин (витамин В6) стимулирует обменные процессы, улучшает трофику и способствует регенерации тканей. Назначается по 0,5-1мл 1% р-ра в/м 1раз в день или через день, N 12-15.

Цианокобаламин (витамин В12) действует на центральную нервную систему, трофику и регенерацию тканей. Вводят его в/м по 50-100 мкг ежедневно или через день 15-20 дней.

При язвенной болезни полезно назначать аскорбиновую кислоту (витамин С). Кроме десенсибилизирующего и сосудостроительного действия она оказывает выраженный противовоспалительный эффект. Применяют ее внутрь по 0,05-0,1 г 2-3 раза в день.

4. Физиотерапевтическое лечение.

Физические факторы, воздействуя на нервную регуляцию трофических процессов, устраняют расстройства пищеварительной системы, уменьшают воспалительные реакции и способствуют регенерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

В остром периоде болезни применяются грелки, согревающие компрессы на область эпигастрия, УВЧ на область вегетативных узлов.

В период неполной ремиссии - парафиновые аппликации, диатермии, электрофорез, грязелечение.

Во время полной ремиссии - все перечисленные процедуры.

Под влиянием тепла усиливаются обменные процессы, активизируется регенерация.

Эффективный метод физического воздействия на организм - лечебная гимнастика, оказывающая укрепляющее и регулирующее влияние на центральную нервную систему и способствующая восстановлению функций желудочно-кишечного тракта.

Существенным лечебным свойством обладают питьевые минеральные воды. При язвенной болезни используются в основном слабоминерализованные минеральные воды, обладающие ощелачивающим действием (Славяновская, Смирновская, Эссентуки N 4, 17, Боржоми и др.). Минеральную воду следует назначать на 1,5 часа до еды в теплом виде. Пить большими глотками 3-4 раза в день 100-200 мл 3-4 нед.

Лист назначений

Диета № 1

"Pylorid" 800 mg/сут (ПИЛОРИД (ранитидин висмута цитрат))

S. Внутрь по 400 мг 2 раза в день.

Klaritromycini 1500mg/сут

S. По 500 мг 2 раза в день.

Amoxicillini 1500 mg/сут

Курс лечения 7-14 дней

Tab."Venter" 0,5

S. Принимать внутрь за 1 час до еды по 1 таблетке 3 раза в день и 1 таблетку на ночь.

Sol.Platyphyllini hydrotartratis 0,2 % - 1ml

S. По 1 мл подкожно 2 раза в день.

Tab. Tavegili № 20

S. По 1 таблетке внутрь.

Sol. Thiamini chloridi 3 % - 1 ml

S. По 1 мл внутримышечно.

Дневник

Дата	Т утром	Текст дневника
12.01	36.80 °С	Жалобы на боли в эпигастрии, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 120 / 80 мм.рт.ст., пульс 74 уд. / мин.
14.01	36.70 °С	Жалобы на боли в эпигастрии. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 66 уд. / мин.
15.01	36.9 °С	Жалобы на боли в эпигастрии. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 120 / 70 мм.рт.ст., пульс 62 уд. / мин.
16.01	36.7 °С	Жалобы на боли в эпигастрии, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 68 уд. / мин.
17.01	36.5 °С	Жалобы на болезненность в эпигастрии. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 78 уд. / мин.
18.01	36.7 °С	Жалобы на боли в эпигастрии. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации болезнен в эпигастральной, пилородуоденальной области. Стул запор. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 72 уд. / мин.

Рекоменции:

- 1) Диета (исключить острую, соленую, жаренную, жирную пищу, исключить алкоголь)
- 2) Прекратить курение
- 3) Показано периодическое санаторно-курортное лечение

- 4) Необходимо соблюдать режим дня: регулярное полноценное питание, сон не менее 8 часов в сутки, покой.
- 5) Показано избегать стрессов и эмоциональных перенапряжений.
- 6) Рекомендуются проф. курсы ранитидина(по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3 месяцев в весенне-осенний период)
- 7) Раз в 6 месяцев консультация у гастроэнтеролога (ФГДС, УЗИ)

Использованная литература:

1. "Внутренние болезни". Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Москва, "Медицина", 1999 год.
2. "Пропедевтика внутренних болезней". Василенко В.Х., Гребенёва А.Л., Москва, "Медицина", 1989 год.
3. "Диагностический справочник терапевта". Чиркин А.А., Окороков А.Н., Гончарик И.И., Минск, "Беларусь", 1994 год.
4. "Лекарственные средства". Машковский М.Д., Харьков, "Торсинг", 1997 год.
5. "Схема оформления истории болезни". Учебно-методическое пособие для студентов IV курса лечебного и педиатрического факультетов и врачей интернов. Под редакцией Фазлыевой Р.М.. Уфа, 1999 год.
6. "Учебно-методическое пособие по обследованию больных и оформлению диагноза". Под редакцией Никуличевой В.И.. Уфа, 1996 год.
7. Лекции по внутренним болезням.