

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагноз: Острая постгеморрагическая анемия.

Сопутствующее заболевание: Язвенная болезнь желудка. Обострение. Геморрой вне обострения.

ПАСПОРТНЫЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

1. Ф.И.О.: xxx-xxx-xxx
2. Возраст: 33 года.
3. Профессия: электромонтер.
4. Место работы. ОАО Карелэнерго
5. Дата поступления в стационар: 31.10.2005г.
6. Диагноз направившего учреждения: Эрозивный гастрит. Эрозивный бульбит. Гастро-дуоденальное кровотечение от 25.10.05.
7. Диагноз при поступлении: Острая постгеморрагическая анемия.

Жалобы

Слабость, недомогание, головокружение.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с сентября. Когда почувствовал дискомфорт в эпигастрии. По месту жительства обратился за медицинской помощью, где на ФГДС диагностирован эрозивный гастрит, эрозивный бульбит, дуоденально-гастро-желчный рефлюкс; уреазный тест положительный, (Нв 67; эр $2,7 \times 10^{12}$ / л). С этого времени начал принимать по назначению врача ультоп(20 мг.2 раза в сутки), фромелид (0,5*2 раза в сутки), амоксициллин (1000*2 раза в сутки).

Состояние ухудшилось 25 октября, когда на фоне приема спиртного появились боли в эпигастриальной области интенсивного характера, рвота цвета кофейной гущи, через 2 дня появился черный стул, слабость, недомогание, одышка, головокружение, отсутствие аппетита После обращения в поликлинику по месту жительства, был направлен в Республиканскую больницу для прохождения лечения.

Anamnesis vitae

Родился в 1971 году в районе, первым ребенком в семье, рос и развивался соответственно возрасту, закончил 11 классов средней школы.

1. Семейный анамнез и наследственность.

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

2. Профессиональный анамнез:

После армии работал электромонтером. И до настоящего момента работает электромонтером. 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 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 objectivus

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту. Антропометрические данные: рост 182 см., вес 80 кг., Нормостенический 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. 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.

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 верхушек:

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 ясный 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 74 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, напряжения мышц передней брюшной стенки и области эпигастрия нет, болезненность отсутствует.

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 реберной 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 темноватого цвета. 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: слабость, недомогание, головокружение.

На основании данных анамнеза: Появление после желудочно-кишечного кровотечения слабости, недомогания, одышки, головокружения, отсутствие аппетита, дегтеобразного стула (через 2-3 дня). До этого в течении двух месяцев чувствовал дискомфорт в эпигастрии.

На себя обращает внимание низкий показатель гемоглобина (67 г/л), сниженное количество эритроцитов ($2.7 \cdot 10^{12}$ /л), тахикардия 94 уд/м, при этом диагностировались по месту жительства (с помощью ФГДС) эрозивные изменения желудка и 12 п.к.

Жалобы при поступлении на слабость, недомогание.

Диагноз: Острая постгеморрагическая анемия.

Сопутствующее заболевание: Язвенная болезнь желудка. Обострение.

Планируется проведение следующих исследований:

- 1/ Клинический анализ крови в динамике.
- 2/ Биохимический анализ крови.
- 3/ Общий анализ мочи.
- 4/ ЭКГ.
- 5/ ФГДС, с биопсией слизистой.
- 6/ Диастаза мочи.
- 7/ РРС.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1.КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В ДИНАМИКЕ.

	Er	Hb	ЦП	Рег.	Тг	Ley	Баз.	Эоз.	Пал.	Сег.	Лим.	Мон.	СОЭ
31.10 У	2,7	67	0,74			4,2			1	71	27	1	8
31.10 Н	2,72	74											
1.11	3,26	101	0,9	40	247,7	3,7		1	1	68	26	4	8
3.11	3,48	100	0,86	39	281,8	3,5	2	2	1	50	35	10	8
8.11	3,53	103	0,87	51	296	3,5		1	4	55	29	10	11
12.11	3,78	116	0,9	25	544	4,5	2	2	3	41	43	8	9

Показатели	Норма
НЬ	120-140 г/л
Er	$3,9-5 \cdot 10^{12}$ /л
ЦП	0,85-1,01
Тг	$150-400 \cdot 10^9$ /л
Ley	$5-9 \cdot 10^9$ /л
Палочкоядерные	1-6%
Сегментоядерные	47-70%
Моноциты	3-11%
Лимфоциты	19-37%
Эозинофилы	0-5%
СОЭ	до 15 мм/ч

Биохимический анализ крови: 1 . 11 . 2005

Ферритин 77,1 нг/мл (норма 28-397)

Показатели	1.11.05	Норма
Общий белок	59,1 г/л	65-85 г/л
Тимоловая проба	0,5 ед	0-5 ед sh
АсАТ	37,4 ЕД/л	До 31 ЕД/л
АлАТ	37,9 ЕД/л	До 40 ЕД/л
Билирубин общ.	19,8 ммоль/л	9-21 ммоль/л
Мочевина	3,12 ммоль/л	1,7-8,3 ммоль/л
Креатинин	88,7 ммоль/л	44-150 ммоль/л
Щелочная фосфатаза	115 ЕД/л	2,8-8,3 ЕД/л
Na	145 ммоль/л	135-155 ммоль/л
K	4,7 ммоль/л	4,5-6 ммоль/л
Cl	106,9 ммоль/л	95-110 ммоль/л
Ca	2,01 ммоль/л	2,24-2,99 ммоль/л
Fe	7,5 ммоль /л	8,95-28,65 ммоль /л
Cu	13,4 ммоль /л	11-22 ммоль /л
P	0,81 ммоль /л	0,81-1,55
ОЖСС	54,9 ммоль /л	50-84 ммоль /л
НЖСС	47,4 ммоль /л	
альбумины	49,5%	56,5-66,5%
Л1-глобулины	13,8%	2,5-5%
Л2-глобулины	21,6%	5,1-9,2%
В-глобулины	15,1%	8,1-12,5%
Гамма-глобулины	21%	12,8-19%

Биохимический анализ крови: 15 . 11 . 2005

Показатели	1.11.05	Норма
Общий белок	74,6 г/л	65-85 г/л
Мочевина	5,28 ммоль/л	1,7-8,3 ммоль/л
АсАТ	13,5 ЕД/л	До 31 ЕД/л
АлАТ	9,3 ЕД/л	До 40 ЕД/л
Билирубин общ.	8,7 ммоль/л	9-21 ммоль/л
Креатинин	82,7 ммоль/л	44-150 ммоль/л
Щелочная фосфатаза	207 ЕД/л	2,8-8,3 ЕД/л
амилаза	108 ЕД/л	
альбумины	57,3%	56,5-66,5%
L ₁ -глобулины	6%	2,5-5%
L ₂ -глобулины	10,8%	5,1-9,2%
В-глобулины	13,4%	8,1-12,5%
Гамма-глобулины	12,5%	12,8-19%

Общий анализ мочи: 1 . 11 . 2005

цвет: светло жёлтый;
прозрачность: прозрачная;
реакция: щел.;
удельный вес: 1003;
белок: " - ";
сахар: " - ";
лейк.: 0-2-3

Общий анализ мочи: 10 . 11 . 2005

цвет: светло жёлтый;
прозрачность: прозрачная;
реакция: кисл.;
удельный вес: 1006;
белок: " - ";
сахар: " - ";
лейк.: 1-2

ЭКГ: 2 . 11 . 2005

Ритм синусовый. ЧСС 76 уд/мин. ЭОС не отклонена.

РРС: 2.11.2005.

Просвет ровный, слизистая не изменена. Увеличены внутренние геморроидальные узлы, консистенция типичная.

Заключение: Геморрой вне обострения.

ФГДС: 8 . 11 . 2005

Пищевод и кардия без патологии. В желудке слизь с примесью желчи. Со стороны слизистой желудка картина хр. гастрита, слизистая гиперимирована. В теле в антральном отделе в средней трети на большой кривизне язвенный дефект 0,8 см., глубокий, на дне фибрин с солянокислым гематином. Других эрозивных изменений желудка и 12 п.к. не выявлено. Привратник сомкнут. Слизистая 12 п.к. не изменена.

Заключение: Язва тела желудка.

Диастаза мочи: 2 . 11 . 2005 874 ед.

	гемоглобина -	- появление в крови	белой крови -
	снижение содержания	незрелых форм - гипоксия	создание
	гемоглобина в		лейкозного клона
	эритроцитах -		- вытеснение
	гипоксия		других ростковых
			элементов
Клинические проявления	СМ.ниже	Характерно поражение	Интоксикационный
		кроветворения, ЖКТ,	синдром,
		нервной системы	геморрагический.
		(фуникулярный миелоз)	Вторичный
			иммунодефицит.
			Поражение костной
			системы.
Изменения в ОАК	Снижение Hb,	Резкое снижение	Лейкопения,
	эритроцитов,	эритроцитов, гемоглобина.	анемия,
	цветового показателя.	Цветовой показатель	тромбоцитопения.
	Анизацитоз с	повышен. Макроциты	Бластные клетки.
	тенденцией к	(мегалоциты). Кольца	
	пойкилоцитозу.	Жабо. Снижение	
	Шизоцитоз. Снижение	ретикулоцитов.	
	среднего содержания	Лейкопения.	
	гемоглобина в 1-ом	Гиперсегментированные	
	эритроците.	нейтрофилы. Резкое	
		преобладание	
		мегалобластов.	
Биохимическое исследование крови.	Снижение в	Повышение уровня	Специфических
	биохимическом анализе	непрямого билирубина,	изменений нет.
	крови уровня	повышение содержание	Для диагностики
	сывороточного железа;	железа.	используют
			цитохимические
	повышение общей		реакции.
	железосвязывающей		
	способности сыворотки		
	крови;		
Изменения в костном мозге.	Снижение уровня	Преобладание	Преобладание
	сидеробластов.	мегалобластов больших	бластных клеток.
		размеров с нежной	
		структурой ядра как на	
		ранних, так и на поздних	
		стадиях созревания	
		клеток.	
Лечение	Препараты железа	Парентеральное введение	Полихимиотерапия
		витамина B12	
Прогноз	Благоприятный при	Благоприятный при	У 95% больных
	своевременном лечении	своевременном лечении	достигают
			ремиссии к концу
			первого месяца
			терапии.

Этиология и патогенез

Основным патогенетическим механизмом развития железодефицитной анемии (ЖДА) является недостаток в организме железа – главного строительного материала для построения молекулы гемоглобина, в частности, его железосодержащей части – гема.

В основе развития ЖДА лежат разнообразные причины, среди которых основное значение имеет дефицит железа:

Дефицит возникает при недостаточном его потреблении с пищей (неполноценное питание, диета с недостаточным количеством мясных продуктов, при повышенном его потреблении при усиленном росте, гормональной перестройке, становлении менструального цикла, беременности и лактации), при ряде патологических состояний (ахлоргидрия, хроническая диарея, дивертикулез, диафрагмальная грыжа, нарушающая всасывание железа из кишечника, гастрэктомия, кровопотеря, в том числе хроническая (мено - и метрорагия), гастро-дуоденальные кровотечения, вызванные

пептической язвой, послеоперационные кровотечения, геморрой, трещина прямой кишки, кровохарканье и легочные кровотечения, ангиомы, паразитарные инфекции, гематурия (гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, геморрагический васкулит, гипернефроидный рак, полипы и рак мочевого пузыря), донорстве и других вариантах.

3 степени железодефицитной анемии:

1. легкая - гемоглобин 110-90 г/л
2. средняя - гемоглобин 90-70 г/л
3. тяжелая - гемоглобин < 70 г/л

При нормально протекающей беременности на 26 неделе гемоглобин 110-135 г/л.

Клиника проявляется в 2 синдромах: сидеропенический (слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, трофические изменения в виде сухости кожи, ломкости и выпадении волос, анулярный стоматит, глоссит, койлонихии, синдром Пламмер-Вильсона) и анемический (бледность, слабость, головокружение, сердцебиение, снижение ОЦК, учащением пульса, увеличением минутного и ударного выброса, снижением периферического сопротивления сосудов, вязкости крови и артериального давления, появление одышки при физической нагрузке и ходьбе, обмороки). Дебют с сидеропенического синдрома, связан с понижением уровня железосодержащих митохондриальных ферментов, глицерофосфатазы, нарушением процессов гликолиза, что приводит к образованию молочной кислоты в крови и снижению физической активности.

У больных отмечается изменение вкуса, обоняния. Нравится ощущать запах керосина, бензина, мыла. Испытывают влечение к сухим крупам, макаронам в сухом виде, зубному порошку, мелу, графиту, углю. Это так называемое пика хлоротика.

Снижается концентрация миоглобина в миокарде, снижается уровень цитохромоксидазы и сукцинатдегидрогеназы, что приводит к дистрофическим изменениям в миокарде.

Снижается иммунитет, и возникает риск развития вторичных инфекций.

Клинические критерии:

1) анемия (бледность кожи и слизистых, тахикардия, общая слабость, головокружение, одышка при физической нагрузке, функциональный систолический шум);

2) проявление тканевого дефицита железа: сухость кожи, ломкость и выпадение волос; ломкость, искривление, поперечная исчерченность ногтей, извращение вкуса и обоняния, атрофические изменения слизистых желудочно-кишечного тракта -заеды, глоссит, эзофагит, гипоацидный гастрит, слабость детрузора мочевого пузыря;

3) положительный эффект терапии препаратами железа при условии воздействия на причину анемии

Лабораторные критерии:

1) гипохромная анемия (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя);

2) снижение уровня сывороточного железа <13 ммоль/л у мужчин, <11 ммоль/л у женщин и содержания ферритина в сыворотке крови (N у женщин - 62 ||4,1; у мужчин - 106 ||21,5 мкг/л);

Лечение.

Общие принципы лечения.

Преимущественное назначение препаратов внутрь и редкость парентерального из-за побочных эффектов (аллергические реакции, постинъекционные абсцессы и флебиты, гипотензия, увеличение риска бактериальных инфекций вплоть до сепсиса, гемосидероз и др.);

1. Препараты закислого (двухвалентного) железа лучше всасываются, чем окислого (трехвалентного), а потому их давать предпочтительнее;
2. Суточная доза должна составлять по элементарному железу 5-6 мг/ кг; большие дозы не увеличивают эффективность лечения, но дают больше побочных эффектов (расстройства функции ЖКТ, вплоть до изъязвлений,

- стенозов, непроходимость; увеличение риска кишечных инфекций), суточную дозу препарата делят на 3 приема;
3. В первые несколько дней лечения для установления переносимости препарата доз может быть вдвое меньшей;
 4. Длительность назначения железа в лечебной дозе должна быть не менее 3 мес., ибо на первом этапе это купирующая терапия, восполняющая уровень гемоглобина и периферические запасы железа (обычно около 1-1,5 мес.); на втором этапе необходимо восстановить тканевые запасы железа и на третьем – осуществить противорецидивные мероприятия;
 5. Препараты железа надо давать в промежутке между едой и запивать их свежими фруктовыми или овощными соками (особенно хороши цитрусовые соки);
 6. Нельзя запивать препараты железа молоком;
 7. Одновременное назначение с препаратами железа аскорбиновой кислоты и витамина Е увеличивает эффект лечения;
 8. Нет необходимости одновременно с препаратами железа назначать витамины В6 и В12, фолиевую кислоту – при отсутствии специальных показаний;
 9. Показаниями для парентерального назначения препаратов железа являются:
 - . Наличие патологии кишечника с нарушенным всасыванием (синдромы мальабсорбции, энтериты, язвенно-некротический энтероколит);
 - . Непереносимость принимаемых внутрь препаратов железа

Суммарная доза препаратов железа для парентерального введения на курс лечения (в мг) равна:

$$M \cdot (78 - 0,35 \cdot Hb)$$

где Hb – уровень гемоглобина больного в г/л;

M – масса больного в кг;

Препарат вводят вначале в дозе 25 мг и далее через каждые 3 дня по 50 мг; после окончания курса необходимо назначить препараты железа внутрь.

Лечение.

1. Режим – общий
2. Диета № 15
3. Ферротерапия
 - . Курсовая доза $78 \cdot (78 - 0,35 \cdot 98,1) = 3405,87$ мг
 - . Препарат Ferrum-les
 - . в 1-й день 2, 5 мл (1/2 ампулы), во 2-й день - 5 мл (1 ампула), в 3-й - 10 мл (2 ампулы), затем 2 раза в неделю по 2 ампулы (10 мл)..
4. Витаминотерапия:
 - Сорбифер-дурулес. 1г*2раза в день

Лечение язвенной болезни.

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 В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин).

Тиамин (витамин В1) 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 сосудукрепляющего 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, Ессентуки 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 № 15

31.10.05.

Переливание эритроцитарной массы.

Омед 20 мл*2раза

Кларитромицин 500 мг*2 раза

Амоксициллин 4 т.*2р.

1.11.05

Стол 1А

ФЕРРУМ ЛЕК 2.5МЛ В/М

3.11.05.

Сорбифер-дурулес. 1т*2раза в день

8.11.05.

Омед 20 мл*2раза

Кларитромицин 500 мг*2 раза

Амоксициллин 4 т.*2р.

Логично применение по схеме:

Однонедельной тройной терапии 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

Прогноз и трудоспособность.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный при адекватной терапии, также если больной будет соблюдать режим и следующие рекомендации:

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)

Профилактика.

1. Отказ от пищи и напитков, которые могут раздражать слизистую желудка.
2. Закаливание организма
3. Соблюдение режима (см.выше).
4. Отказ от курения.
5. Санаторно-курортное лечение
6. Поддерживающая терапия: курсы ранитидина(по 1 таб. 2 раза в день в течение 2-3 месяцев в весенне-осенний период)
7. Иммунокоррекция.

Дневник

Дата	T утром	Текст дневника
10.11	36.8 °C	Жалоб на слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации б/болезнен. Стул темного цвета. Диурез без изменений. АД - 120 / 80 мм.рт.ст., пульс 74 уд. / мин.
14.01	36.7°C	Жалобы на недомогание. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации б/болезнен. Стул нормального цвета. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 76 уд. / мин.
15.01	36.9 °C	Жалобы на недомогание. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации б/болезнен. Стул нормального цвета. Диурез без изменений. АД - 120 / 70 мм.рт.ст., пульс 72 уд. / мин.

Дата	Т утром	Текст дневника
16.01	36.7 °С	Жалобы на боли в эпигастрии, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. В легких везикулярное дыхание Живот при пальпации б/болезнен. Стул нормального цвета. 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 б/болезнен. Стул нормального цвета. 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 б/болезнен. Стул нормального цвета. Диурез без изменений. АД - 110 / 70 мм.рт.ст., пульс 72 уд. / мин.

Эпикриз

xxx-xxx-xxx, 33 года. Поступил 31.10. 2005 г в гематологическое отделение Республиканской больницы.

На основании:

На основании жалоб: слабость, недомогание, головокружение.

На основании данных анамнеза: Появление после желудочно-кишечного кровотечения слабости, недомогания, одышки, головокружения, отсутствие аппетита, дегтеобразного стула (через 2-3 дня). До этого в течении двух месяцев чувствовал дискомфорт в эпигастрии.

Данных лабораторно-инструментальных исследований: низкий Нв (до 67г/л), снижение уровня эритроцитов (до $2,7 \cdot 10^{12}/л$), повышенное содержание ретикулоцитов (до 51%), снижение уровня ферритина ($77,1 \text{ нг/мл}$). ФГДС: Язва тела желудка. РРС: Геморрой вне обострения.

Основное заболевание: Острая постгеморрагическая анемия.

Сопутствующее заболевание: Язвенная болезнь желудка. Обострение. Геморрой вне обострения.

Назначено лечение:

Режим – общий, диета № 15.

31.10.05.

Переливание эритроцитарной массы.

Омед 20 мл*2раза

Кларитромицин 500 мл*2 раза

Амоксициллин 4 т.*2р.

1.11.05

ФЕРРУМ ЛЕК 2.5МЛ В/М

3.11.05.

Сорбифер-дурулес. 1т*2раза в день

8.11.05.

Омед 20 мл*2раза

Кларитромицин 500 мл*2 раза

Амоксициллин 4 т.*2р.

Рекомендовано:

- 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.